Eina kartą per mėnesį | 1939 m. | XX METAI

Nr. 2 | Vasario mėn. | Nr. 2

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja | Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui. | PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

SOMMAIRE

Nuo „Medicinos" žurnalo Redakcijos-Administracijos.

1. **„Medicinos"** Redakcija - Administracija kreipiasi į Gerbiam. šito žurnalo ėmėjus, prašydama paskubinti 1939 m. prenumeratos mokėjimą, nes visai stinga lėšų būtiniausioms žurnalo išlaidoms padengti.

2. Kauno m. gyvenantieji **„Medicinos"** ėmėjai, nesumokėję ligi šiol „Medicinos" 1938 metų prenumeratos, nepaisant dažnų priminimų bei raginimų, šiomis dienomis turės išsipirkti per paštą jiems atsiųstus „Medicinos 1938 m. prenumeratos kvitus.

„Medicinos" Red.-Adm-ja.

MEDICINA

Žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XX met.	1939 m. vasario mėn.	Nr. 2



D-ras Domininkas Bukantas

Gyd. Juozas Buzelis.

D=rą Domininką Bukantą atsiminus.
1873. VIII. 11. — 1919. I. 19.

1939 m. sausio 19 d. suėjo dvidešimt metų, kai Zarasuose mirė idealus gydytojas, didelio masto kultūros nešėjas, visuomenės veikėjas dr. Domininkas Bukantas.

1. Biografinės žinios.

Dr. D. Bukantas gimė 1873 m. rugpjūčio mėn. 11 d. Mažeikių aps., Viekšnių valsč., Kegrių vk.; 1893 m. baigė Šiaulių gimnaziją; iki 1897 m. studijavo Petrapilio universitete gamtos mokslus ir 1900 m. baigė Charkovo universiteto medicinos fakultetą. Gyveno ir vertėsi medicinos praktika Dusetose, Ilukštoje ir 1906 m. gale buvo paskirtas Zarasų (tuomet Novoaleksandrovsko) miesto ir ligoninės gydytoju. 1904—1905 m. mobilizuotas dr. Bukantas dalyvavo rusų-japonų kare ir 1915—1918 m. pasauliniame kare, kaip latvių šaulių brigados vyresnysis gydytojas. 1918 metų gale dr. B. sugrįžo į Zarasus. Karo sunaikintame krašte siautė dėmėtosios šiltinės epidemija ir buvo badas. Kaip vienintelis gydytojas, bekovodamas su šiltine, dr. B. turėjo labai daug darbo. Tam darbui jis atidavė visą savo sielą, visas jėgas ir net gyvybę: 1919 m. sausio 19 d., apsikrėtęs dėmėtąja šiltine, mirė Zarasuose savo namuose, pats paliktas be medicinos pagalbos ir be tinkamos globos...

2. Bukantas — idealus gydytojas.

Gydytojo darbui B. rengėsi visiškai atsidėjęs. Dusetose, Ilukštoje ir Zarasuose bedirbdamas užsirekomendavo kaip geras, sumanus gydytojas. Baigęs medicinos mokslus, 1901 m. atvažiavo į Dusetas, išsinuomavo iš klebono du kambariuku netoli bažnyčios altarijoje, kur pats gyveno ir ligonius priiminėjo. Dr. B. savo kaip gydytojo pareigas ėjo su dideliu pasišventimu ir rūpestingumu: buvo visas tam darbui atsidavęs, visiems prieinamas. Darbo turėjo nemaža. Jis pats, 1902 m. rašydamas Poviliui Višinskiui laišką, sako: „Pacientai renkasi iš 4—5 apylinkinių parapijų". Tačiau pradžioje, būdamas Dusetose, kaip pats sakėsi, užsidirbdavęs vos apie 60 rb. per mėnesį. Dusetose dr. B. gyveno apie trejus metus, po to persikėlė į Ilukštą, kur taip pat vertėsi laisva gydytojo praktika, dirbdamas draug platų visuomeninį darbą.

1906 m., gavęs Zarasų miesto gydytojo ir ligoninės vedėjo tarnybą, dr. B. persikėlė gyventi į Zarasus. Apsigyvenęs

Zarasuose, iš pradžių buvo nelabai palankiai sutiktas ne tiktai vietos sulenkėjusių gyventojų, kaip lietuvis inteligentas, bet ir žydų visuomenės, kaip gydytojas. Vėliau, kurį laiką pagyvenęs, pas visus įsigijo ypatingų simpatijų ir didelio pasitikėjimo ypač pas žydus. Zarasuose dr. B. visada turėdavo labai daug darbo, nuolat skubėdavo, visada būdavo susirūpinęs, užsiėmęs, betgi su visais mandagus, švelnus ir vaišingas.

Dr. Bukantas gerai pažino mūsų kaimą, jo gyventojus ir visą laiką sielojosi jų reikalais. Begydydamas daugiausia kaimo gyventojus, jis pastebi, kad pas mus labai daug sergama trachoma, ir ima specialintis akių ligų gydyme. Atvykus į Zarasų apskritį akių ligų globos Marijos Feodorovnos komiteto skrajojančiam būriui su priv.-doc. Rimavičiumi priešakyje, jisai prisidėjo prie to būrio ir apie du mėnesiu važinėjo draug su būriu, gydydamas to krašto žmonių akis. Tuo būdu dr. B. turėjo progos akių ligų srityje įsigyti nemaža naujų žinių. Vėliau jis įsigijo reikalingų akims gydyti įrankių, buvo geras akių ligų gydytojas.

Turėdamas glaudžius santykius su mūsų kaimu, susieidamas su žmonėmis, dr. B. juos stebėdavo, matuodavo jų galvų kaulus, fiksuodavo būdingąsias jų savybes, pažymėdavo jų ūgį, akių spalvą ir k. Tuo būdu jis surinko duomenų apie 1000 žmonių Zarasų krašto gyventojų. 1909 m. „Lietuvių Tautos" žurnalo I knygoje yra jo išspausdinta: „Iš Ežerėnų apylinkės lietuvių antropologijos". Zarasiečiai lietuviai, pasak. B. surinktų žinių, esą daugiausia šviesiaplaukiai, mėlynakiai (tokių tris kartus daugiau, kaip su kitokiomis akių spalvomis); penkta dalis zarasiečių turį silpną kūno sudėjimą. Anais laikais Vilniuje kasmet buvo daromi Lietuvių Mokslo Draugijos suvažiavimai. Tuose suvažiavimuose dr. B. visada būdavo aktyvus dalyvis, skaitė keletą savo pranešimų. Pasistatęs tikslą išaiškinti antropologinę lietuvių galvos kaukuolės struktūrą, padarė keletą šimtų galvų matavimų. Apie to savo tyrimo rezultatus parašė straipsnį, kuris yra įdėtas į tada ėjusį žurnalą „Gamta ir medicina". Be to, dr. B. parašė knygą apie alkoholio žalingumą ir blaivybę; bet šitas jo darbas liko neišspausdintas, o rankraštis kažkur dingo karo metu.

1913—1914 m. man tekdavo dažniau būti pas dr. B. Zarasuose, kada jis buvo ligoninės gydytojas, kalėjimo gydytojas ir naujokų ėmimo komisijos narys. Zarasų ligoninė tada buvo visuomenės globos komiteto žinioje (prikaz obščestvennago prizrienija). Kaip medicinos studentą, dr. B. mane priėmė praktikuotis Zarasų ligoninėje, net davė pas save butą ir išlaikymą. Bet tada ligoninėje būdavo nedaug (apie 10) ligonių, ir jo gera širdimi ir teikiamu man palankumu negalėjau pasinaudoti. D-ro B. patariamas, gavau gydytojo padėjėjo

vietą Tulos gub. ligoninėje, kur turėjau progos nemaža pasimokyti.

1917 m. dr. B. dalyvavo Petrapilyje lietuvių seime, ir gydytojų pasitarime darė pranešimą apie Vilniaus universiteto atgaivinimą. Man teko tame seime su juo susitikti. Kaip Zarasų krašto gydytojai, turėjome daug bendrų interesų, reikalų. Buvau jo pakviestas į jo pulko štabą, kuris tada stovėjo Petrapilyje, o dr. B. buvo to latvių pulko vyr. gydytojas. Kalbėjomės apie kai kurių įstaigų, ligoninių grąžinimą, pergabenimą į Lietuvą. Tada caro valdžia buvo jau nuversta, Rusijoje buvo įsigalėję bolševikai, buvo pati suirutė. Aš buvau miestų sąjungos Aglonos (Latgalijoje) ligoninės vedėjas. Papasakojau dr. B. apie sumanymą pargabenti tą ligoninę į Lietuvą. Ligoninėje beveik visi tarnautojai (apie 30 žm.) tada buvo lietuviai. Dr. B. tam mano sumanymui karštai pritarė. 1918 m. pradžioje, padedant dabartiniam Prezidentui p. A. Smetonai ir p. Smetonienei, visa Aglonos ligoninė su gyvu ir negyvu inventoriumi buvo atvežta penkiais vokiečių vagonais į Vilnių ir perduota lietuvių komitetui nukentėjusiems dėl karo šelpti. Dalis tos ligoninės (20 lovų) buvo įrengta Gelvonių miestelyje, nes kitur vokiečių okupacinė valdžia neleido.

Dr. B. buvo vienas iš nedaugelio prieš karą ilgesnį laiką gyvenusių Lietuvoje lietuvių gydytojų. Jis suprato visą svarbumą ir reikšmę tinkamo sveikatos reikalų tvarkymo atgimstančioje Lietuvoje. Tuo reikalu 1918 m. Vilniuje jis įteikė valstybės tarybos sveikatos komisijos pirmininkui dr. J. Aleknai sveikatos reikalų tvarkymo projektą. Pagal dr. Aleknos žodžius, tasai projektas buvo platus, rimtas, giliai apgalvotas ir gal dar ir dabar nenustojęs savo vertės. Manoma, kad tas projektas yra užsilikęs anų laikų valstybės tarybos archyvuose.

3. Bukantas — visuomenės veikėjas, kultūros nešėjas.

Dirbdamas tiesioginį savo, kaip gydytojo, darbą, dr. B. buvo draug ir didelis visuomenės veikėjas, kultūros nešėjas ir tautinio susipratimo žadintojas. Pirmą kartą man teko susitikti su dr. B. 1907 m. vasarą Dusetose. Buvau tada tik trečios klasės Mintaujos gimnazijos mokinys. Tais laikais lietuvių moksleivių buvo nedaug, ir dr. B. visais jais domėjosi, rūpindavosi, visuomet buvo jiems malonus ir geras patarėjas, nuolat kviesdavosi pas save, duodavo pasiskaityti tuomet draudžiamų lietuviškų raštų.

1903. I. 27 laiške Povilui Višinskiui dr. B. siunčia jo paties stropiai surinktas žinias apie Dusetų krašto žmo-

nių raštingumą, kaip išvadą, pažymėdamas, kad tuomet čia buvo 11,9% nemokančių rašyti ir skaityti. Buvo tada jo patikrinta 1000 žmonių, kurių 119 nemokėjo skaityti ir rašyti (išskyrus vaikus iki 8 metų amžiaus, kurčius, nebylius ir silpnapročius).

1904 m. E. Volteris Lietuviškos Chrestomatijos 2 sąs. įdėjo dr. B. surinktus Viekšnių tarmės pavyzdžius. Dr. B. rinko folkliorinę medžiagą ir siuntė ją Pov. Višinskiui ir Lietuvių Mokslo Draugijai Vilniuje. Jo ranka yra surašyta nemaža liaudies padavimų, pasakų, dainų ir kt. Dalyvavo lietuvių spaudoje, rašė „Liet. Ūk.“, „Vilniaus Žin.“, „Viltyje“, „Liet. Žin.“, „Rygos Garse“ ir kt. Prisidėdavo prie tada vadinamųjų „lietuviškų vakarų“ rengimo, skatino jaunima domėtis liaudies dainomis, pats visur dalyvaudamas.

Būdamas Dusetose, draugavo ir susirašinėjo su P. Višinskiu, gaudavo iš jo „Varpą“, „Ūkininką“, „Naujienas“. Pr. Mašiotas savo atsiminimuose apie dr. B. taip pat rašo, kad būnant jam Ilukštoje, dr. B. gaudavęs paštu iš užsienių storus vokus su nelegalia lietuvių literatūra. Ilukštos pašto viršininkas tai pastebėjęs ir apie tai kalbėjęs klebonijoje, bet nė karto neišdrįsęs tų storų vokų atplėšti bei sulaikyti. Gyvendamas Ilukštoje, dr. B. vedė p. Vandą Jasinskaitę, Pr. Mašioto žmonos seserį. Nemėgdamas tuščių iškilmių, sutuoktuvių proga dr. B. paaukojo tuomet „Lietuvos Ūkininkui“, „Vilčiai“ po 100 rub. ir parašė redakcijoms atitinkamus laiškelius.

Įsigijęs pasitikėjimą Zarasuose, dr. B. buvo išrinktas nuo Zarasų apskrities Kaunui į V. Dūmos gubernínius rinkikus, ir visų to laiko politinių srovių buvo numatytas kandidatu į valstybės dūmos atstovus. Bet dr. B. nepanorėjo eiti į dūmą ir atsisakė Martyno Yčo naudai. Pasiaiškindamas dėl savo atsisakymo priežasčių, dr. B., be kito ko, „Liet. Žin.“ 1912 m. rašė: „...Verčiau darbuotis tėvynėje, negu būti stovyla aukštoje vietoje“.

Visose svarbesnėse prieškarinėse mokslo, švietimo, kultūros, ekonominėse ir labdaringose organizacijose, tiek centrinėse, tiek ir vietinėse, mes matėme dr. B. nariu, rėmėju, šelpėju ir aktyviu dalyviu.

Dr. B. pastangomis ir asmeniniu darbu buvo įsteigtas ir vedamas pirmutinis prieš karą Zarasų kooperatyvas — vartotojų bendrovė, lietuvių knygynėlis. Dr. B., įsigijęs daugiau lėšų, rėmė lietuvius prekybininkus, pramonininkus, duodamas patarimus, skolindamas jiems pinigų. Savo lėšomis prie Asos ežero buvo pasistatęs ir gerai įsirengęs malūną ir lentpjūvę, bet viskas karo metu buvo sudeginta.

Draug su kitais dr. B. nupirko Zarasų miesto centre na-

mus, kuriuose anksčiau buvo „karčiama“. Toje vietoje dr. B. buvo pasiryžęs pastatyti naujus namus, įrengti čia švietimo ir kultūros židinį: knygyną, skaityklą, mokyklą ir kt. Tam reikalui jau buvo suvežta keli tūkstančiai plytų, bet 1914 m. kilęs pasaulinis karas šito gražaus sumanymo neleido įvykdyti. Dabar tą sklypą dr. B. testamento vykdytojai paaukojo Šaulių Sąjungai, ir čia šiemet jau baigiamas įrengti didelis, dviejų aukštų Šaulių Sąjungos namas.

4. Bukantas — kovotojas.

Prieš karą dr. B. drauge su adv. Tumėnu buvo, galima sakyti, du vieninteliu inteligentu Zarasuose, kuriems rūpėjo visuomenės reikalai. Kraštas buvo tamsus ir sulenkintas. Dr. B. vaidino sprendžiamąjį vaidmenį Zarasų krašto atlietuvinime. Iš tamsių ir nutautusių gyventojų jam tekdavo turėti daug nemalonumų, spaudoje („Kurjer Litewski“) ir šiaip pakelti daug kovų su vadinamaisiais „lenkais“ šovinistais, kurie čia prieš lietuvius nesidrovėdavo kartais pavartoti net fizinės jėgos. Dėl
dr. B., kurį melagingai skundė, jog šis ardąs gerus rusų su lie-
Dr. B. kovojo už lietuviškų pamaldų įvedimą Zarasų bažnyčioje, nes jos tuomet buvo vien tik lenkiškos. Šita kova dr. B. pavyko laimėti. Pasirodo, kad savo priešų tarpe dr. B. turėjo ir vietinį kleboną dekaną kun. Ž., kuris buvo lietuvių kilmės, bet senų pažiūrų žmogus ir sulenkėjęs. Dr. B. buvo valdininkas, gubernatoriaus paskirtas. Klebonas Ž., kuris laikė su dr. B. išorinį mandagumą, savo ranka surašė gubernatoriui negražų anoniminį skundą, būk rusų gyventojų vardu prieš dr. B., kurį melagingai skundė, jog šis ardąs gerus rusų su lietuviais santykius, kad rusų caras veltui jam algą mokąs, prašė dr. B. pašalinti iš Zarasų ir pasirašė „Foma Gordėjev“. Skundas buvo atsiųstas dr. B. pasiaiškinti, ir jo klastingas autorius buvo iššifruotas. Dr. B. dėl to skundo nenukentėjo, o klebonas Ž. buvo iškeltas į kitą vietą.

5. Bukanto būdas.

Dr. B. buvo kristalinės doros, tvirtos valios, ryžtingas ir be galo darbštus žmogus. Būdą turėjo ramų, šaltą, nesikarščiuodavo, neužsigaudavo ir visada būdavo gerai nusiteikęs. Savo kasdieniniame gyvenime ir santykiuose su žmonėmis buvo labai kuklus, bet draug suprantąs savo vertę. Visada išsamiai iki smulkmenų ištirdavo dalyką ir tik tada reikšdavo savo nuomonę bei duodavo reikalingų patarimų. Dr. J. Alekna savo atsiminimuose apie dr. B. rašo: „Visur, kur tik jisai buvo, savo ramiu būdu, pasišventimu ir nuoširdumu skaidrino atmosferą ir nešė meilę ir šviesą“.

6. Gydytojo etika.

Gydytojų etikos gilus supratimas, (ko dabar taip stinga jauniesiems mūsų gydytojams!..), ir visų savo elgesių derinimas su etika buvo pagrindinė d-ro B. darbo sąlyga. Jis niekada kitų gydytojų neužkliudydavo, neniekindavo, jų veiksmų nekritikuodavo, nesistengdavo rodytis geresnis, visuomet ir visur aukštai keldavo gydytojų autoritetą. Aš pats buvau liudytoju, kada 1913 m. vasarą vieną kartą dr. B. buvo atvežtas pas ligonį iš Zarasų į Dusetas, kur tuomet gyveno ir praktikavo a. a. dr. Br. Gedminaitė - Stauskienė (mirė 1915 m. Dusetose apsikrėtus dysenteria). Prieš eidamas ligonio apžiūrėti, dr. B. užėjo pas savo jaunesniąją kolegę dėl mandagumo paprašyti sutikimo aplankyti jos rajono ligonį. Gyvendamas Zarasuose ir turėdamas be galo daug įvairaus darbo, dr. B. labai norėjo ir ieškojo, kad čia apsigyventų dar antras lietuvis gydytojas, kuris padėtų jam darbus dirbti; tokiam gydytojui žadėjo perleisti net pusę savo gydytojo uždarbio.

1918 m. grįžęs iš Rusijos į Zarasus, dr. B. rado čia dar vokiečius. Jo namai buvo vokiečių užimti, ir jie jo neįsileido. Dr. B. turėjo išsinuomoti sau butą mieste. Draug su grįžusiu adv. Tumėnu, dr. B. išrūpino iš vokiečių leidimą ir suorganizavo Zarasuose „Saulės“ progimnaziją, kurioje tada buvo dvi klasės.

Buvusios ligoninės būstines vokiečiai turėjo užėmę savo karo ligoninės reikalams. Išbadėję ir karo išvarginti vietos gyventojai sirgo ir mirė kaip musės. Buvo sunki dėmėtosios šiltinės epidemija. Bukantas matė gyvą reikalą turėti Zarasuose vietos žmonėms ligoninę. Jam pasisekė gauti iš vokiečių keletą paklodžių, vaistų, tvarstomosios medžiagos ir kt. reikmenų. Vargais negalais buvo sudaryta privačiuose namuose nedidelės ligoninės užuomazga.

7. Bukanto mirtis.

Zarasų krašte buvo pustrečių metų pirmutinės vokiečių karo pozicijos. Vokiečiams išėjus, Zarasų kr. pasiliko visiškai karo sunaikintas. Buvo badas. Žmonės, neturėdami ko valgyti, ėjo su krepšeliais į Lietuvos gilumą duonos ieškoti. Pačiuose Zarasuose keletas žmonių mirė vien tik nuo bado. Dr. B. dirbo „išsijuosęs“, kovojo su dėmėtąja šiltine.... Pinigų žmonės turėjo, bet jie buvo nevertingi. Iš pasiturinčių už gydymą dr. B. vieton pinigų dažnai gaudavo grūdų, bulvių, duonos. Pats maitindavosi ir kitiems duodavo... Besiaukodamas kitiems, pervargo, važinėdamas peršalo ir dėmėtosios šiltinės buvo paguldytas į lovą, iš kurios jau nebeatsikėlė. 1919 m.

sausio 19 d. sekmadienį 12 valandą Zarasų kraštas ir visa Lietuva nebeteko dr. Domininko Bukanto...

Galima sakyti, kad sergantis dr. B. nebuvo gydomas, nes Zarasuose tada nebuvo kito gydytojo. Vietos bolševikų valdžios parėdymu buvo tik iš Avilių vieną kartą atvežtas dr. J. Giedraitis. Sergantis dr. B. buvo paliktas vien tik jo tarnaitės Onos Simonaitytės globai.

Dr. B. mirus, Zarasai liko visai be gydytojo. Grįžęs iš Rusijos į savo tėviškę, Dusetų valsčių, dr. Jonas Merkis persikėlė į Zarasus. Dr. J. Merkis buvo prieš karą Liepojos miesto ligoninės chirurgijos skyriaus vedėjas, o karo metu Rusijoje Raudonojo Kryžiaus ligoninės vedėjas. Porą-trejetą savaičių pagyvenęs Zarasuose, ir dr. Merkis apsikrėtė ta pačia dėmėtąja šiltine, sirgdamas parvažiavo savo tėviškėn Sruogiškėsna pas savo šeimą ir 1919 m. kovo mėn. 10 d. mirė... Tuo būdu per trumpą laiką Zarasuose savo pareigų aukomis buvo du žymūs lietuviai gydytojai...

Tada, 1919 m. kovo pabaigoje, man teko iš Gelvonių buv. Aglonos ligoninę perkelti į Zarasus. Vėliau šita ligoninė sudarė Zarasų apskrities savivaldybės ligoninę ir savivaldybės vaistinę.

Dėmėtosios šiltinės epidemija Zarasuose nepasitenkino dr. D. Bukanto ir dr. J. Merkio aukomis: atvykęs iš Vilniaus į Zarasų ligoninę tarnybos reikalais dr. J. Ūsas, dabar gyvenąs Kaune, balandžio gale taip pat susirgo dėmėtąja šiltine, bet šis persirgo laimingai, mano bute izoliuotas, ir pasveikęs liko Zarasų ligoninėje dirbti. Tų pačių 1919 metų gegužės mėn. buvo komandiruota į Vilnių Zarasų ligoninės tuomet felč. M. Buzelytė (dabar gydytoja), kuri Vilniuje tuojau susirgo ir laimingai persirgo dėmėtąja šiltine, d-ro Vl. Kairiūkščio gydoma. Tame laike Utenoje dėmėtąja šiltine mirė a. a. dr. Vadopalas. Aš jau buvau persirgęs tą ligą 1915 m.

Toks jau gydytojų likimas...

8. Bukanto testamentas.

Dar karo metu, būdamas su latvių pulku Dorpato mieste, 1916. I. 22. dr. Bukantas surašė testamentą savo turtui, kurį paskyrė visuomeniniams ir labdaringiems tikslams. Biblioteką ir medicinos instrumentus pavedė Lietuvių Mokslo Draugijai. Juostų, rankšluosčių ir kitas kolekcijas, turinčias meno vertės, užrašė Lietuvių Dailės Draugijai. Visą kitą turtą pavedė paversti pinigais ir šitaip sunaudoti: 1) išlaikyti jo motiną, išmokant tam reikalui kasmet po 200 rb.; 2) 3000 rb.

įsteigti jo žmonos a. a. V. Jasinskaitės-Bukantienės vardo stipendiją lietuviui dailininkui, „kuris imtųsi tyrinėti lietuvių tautos dailę"; 3) 3000 rb. įsteigti antrąją stipendiją tam, „kuris imtųsi studijuoti pedagogijos ir visuomenės doros mokslus, remdamasis pamatu, jog *žmogaus siela tėra vienintelė absoliuti jo vertybė,* ryžtųsi nustatyti lietuvių auklėjimo normas"; 4) kiek liktų pinigų, įsteigti trečią stipendiją lietuviui moksleiviui, „turinčiam pašaukimą mokytis ir veikti lietuvių tautos labui".

Testamente numatyta, kad stipendiatai per trejus metus turi viešai pasirodyti savo darbais, kitaip jie nustoja teisės toliau gauti stipendijas, ir jos atiduodamos kitiems.

Dr. Dom. Bukantas mirė turėdamas tik 45 metus, palaidotas Zarasų kapinėse, kur pasibaigia gatvė, kurioje jis gyveno ir dirbo, ir kuri dabar vadinasi Bukanto gatvė. Šito šviesaus asmens vaizdas visada tebėra kiekvieno sąmoningo zarasiečio galvoje ir širdyje...

Ant jo kapo 1925 m. pastatytas kuklus paminklas, ant kurio aukso raidėmis parašyta: „Nėra didesnės meilės, kaip ta, kada kas aukoja savo gyvybę savo artimiems..."

Zarasų apskrities taryba, įvertindama dr. D. Bukanto didelius nuopelnus Zarasų kraštui ir Lietuvai, savo posėdyje 1938. VI. 30. nutarė pavadinti apskrities ligoninę *Dr. Domininko Bukanto vardo Zarasų apskrities savivaldybės ligonine,* ir paskyrė 500 litų d-ro D. Bukanto paminklui statyti, o miesto savivaldybė 450 litų. Zarasuose yra sudarytas didelis komitetas dr. D. Bukanto paminklui statyti. Tam reikalui plačiai renkamos aukos. Didingas ir gražus paminklas iš vietos granito ir bronzos jau statomas pagal dailininko skulptoriaus Grybo projektą puikiausioje Zarasų miesto centro aikštėje.

Tasai paminklas bus tinkamas dr. Dom. Bukanto kilnaus, tauraus asmens pagerbimas, įamžinimas ir drauge Zarasų miesto vertingas, meniškas papuošimas.

Dr. D. Bukantas buvo didelė asmenybė! Žmogus pilnas vidinių vertybių, ne sau žmogus, bet visas atsidavęs visiems...

Tebūna Tau, Didvyri, amžinoji garbė!..

P. S. Visi Lietuvos gydytojai kviečiami aukoti tam paminklui statyti. Aukas prašoma siųsti Lietuvos bankui Zarasuose Komiteto s-ton Nr. 37. Jei pasiseks surinkti pakankamai pinigų, numatyta dar įsteigti d-ro Dom. Bukanto vardo stipendiją.

Prof. dr. V. Tumėnienė - Mingailaitė ir
dr. E. Mikševičienė - Čechirovaitė.

Ūminis aseptinis meningitas*).

(Iš V. D. Univ-to Vaikų ligų klinikos. Direktorius — prof. dr. V. Tumėnienė - Mingailaitė).

Ūminis aseptinis meningitas palyginti su kitais meningitais yra retas susirgimas, kuris pasižymi gana gera prognoze ir yra įdomus savo ligi šiol neišaiškinta etiologija, be to, svarbus diferencinei diagnozei su kitais meningitais ir poliomyelitu. Nors ūminis aseptinis meningitas yra jau seniai aprašytas, bet tik pastaruoju metu kreipiamas į jį tinkamas dėmesys. Jo pavadinimas dar nėra galutinai nustatytas. Taillens nuomone geriausia jis reikėtų vadinti seroziniu ūminiu meningitu; kiti (Eckstein) siūlo vadinti seroziniu epideminiu meningitu, dar kiti pagydomu lymfocitiniu, arba lympho-meningitis pseudotuberculosa ar meningoencephalitis epidemica (L. Kulin).

Literatūroje daugiausia vartojamas pavadinimas meningitis serosa. Kadangi šitas pavadinimas taikomas ir seroziniams žinomos etiologijos meningitams, kaip, pvz., infekcinių ligų, helmithiasis, traumos atvejais, tai reikėtų nuo jų atskirti meningitai nežinomos etiologijos ir vadinti Taillens'o pasiūlymu seroziniu ūminiu meningitu, arba Wallgren'o pasiūlymu ūminiu aseptiniu meningitu. Paskutinis pavadinimas mūsų nuomone yra tinkamiausias, nes nurodomas pamatinis ligos simptomas: aseptinis liquor'as, kuris gali būti serozinis bei pūlingas ir todėl vadinti seroziniu meningitu nevisur tinka.

Pirmasis šitos rūšies meningitą aprašė Bouchut 1886 metais, vėliau Eichhorst, Oppenheim, Hutinel, Quinke, Blühdorn, Baginski 1907 metais paskelbė pūlingo meningito atsitikimą su gerybine eiga. 1918 metais prof. Stoos (Bernas) aprašė 18 aseptinio meningito atsitikimų, kurie pasveiko; vienas iš jų turėjo drumstą liquor'ą. Toliau seka darbai Wallgren'o iš Švedijos, Krabbe iš Danijos, Viets, Smith iš Jung. Amerikos Valstybių, Etienne, Broca iš Prancūzijos, Roch'o iš Genevos ir kitų. A. Eckstein aprašė 1931 m. 13 epideminio serozinio meningito atsitikimų. Hilmi Ihsan 1935 m. aprašė 6 atsitikimus Istambule. 1936 m. Glanzmann ir D. Hel-

———————

*) Pranešimas, skaitytas Lietuvos vaikų gydytojų visuotiniame metiniame suvažiavime 1938. X. 11 d.

ler iš Berno vaikų klinikos aprašė 5 vaikų aseptinio pūlingo meningito susirgimus. L. Berkesy iš Szegedo (Vengrijoje) aprašė 1931 m. suaugusiųjų (17—24 metų) 10 epideminiu seroziniu meningitu susirgimų ir Schneider iš Vienos 1932 m. Tais pačiais metais dr. V. Vaičiūnas paskelbė „Medicinoje" 18 meningitis serosa atsitikimų suaugusiųjų tarpe; tik vienas ligonis buvo 8 metų vaikas; tie susirgimai pasitaikė 1925—31 metais. Dr. Laszlo von Kulin (iš Debrečeno Univ. Vaikų klinikos) aprašė 1935—36 m. 16 atsitikimų. Širokov (iš Voronežo) 1937 m. turėjo 4 vaikus, sirgusius šita liga.

Vyt. Didž. Univ-to Vaikų klinikoje nuo 1934 iki 1937 metų imtinai esame stebėję 14 ūminio aseptino meningito susirgimų, k. a.: 1937 m. — 5; 1936 m. — 4; 1935 — 2, ir 1934 — 3. Visi 14 vaikų pasveiko.

Lentelė,

1934 m.		1935 m.		1936 m.		1937 m.	
Susirgimo vieta	mėnuo	Susirgimo vieta	mėnuo	Susirgimo vieta	mėnuo	Susirgimo vieta	mėnuo
Kaunas	III	Šiauliai	IV	Marijampolė	I	Garliava, Kauno ap.	I
Trakų ap.	IV	Ukmergė	XII	Utena	III	Kaunas	IV
Kaunas	X			Trakų ap	X	Ukmergė	V
				Šakių ap.	XI	Veiveriai, Kauno ap.	VI
						Seredžius, Kauno ap.	VII

Amžiaus ir metų laiko reikšmė ūminio aseptinio meningito susirgimams.

Iš mūsų ligonių 8 buvo berniukai ir 6 mergaitės, nuo 7 iki 12 metų amžiaus. Tiktai 4 vaikai buvo iki 2 metų, iš jų 2 kūdikiai 7 ir 8 mėnesių.

Glanzmann'o aprašyti ligoniai buvo nuo 5 iki 13 metų ir vienas 2 metų. Schiff aprašė aseptinį pūlingą meningitą kūdikiams 7 ir 11 mėnesių amžiaus.

Daugiausia šita liga serga vaikai, bet ir jauni suaugę, apie 21 metų amžiaus (Berkesy, Schneider, Young, Bennet, Vaičiūnas); tačiau yra atsitikimų, kad suserga būdami 34 m., net 44 m. amžiaus (Vaičiūnas).

Wallgren ir Gunther nurodo šitos ligos padaugėjimą vasarą ir rudenį, panašiai kaip Heine-Medin'o liga. L. Kulin aprašė 5 susirgimus rudenį ir 11 pavasarį. Kitų autorių nuomone metų laikas neturįs įtakos ūminio aseptinio meningito susirgimams (Glanzmann). Iš mūsų ligonių 5 buvo susirgę balandžio, gegužės ir birželio mėn.; 4 — sausio ir kovo; o rugpjūčio ir rugsėjo mėn. nebuvo nė vieno susirgimo. Panašiai yra ir su Vaičiūno atsitikimais, kur pavasarį buvo daugiausia susirgimų.

Serozinių meningitų etiologija yra nurodoma labai įvairi: k. a.: trauma, infekcinės ligos (gripas, šiltinė, tymai, difteritas, skarlatina, kokliušas), ausies ir apskritai galvos pūlingi susirgimai ir pleuritai. Bet tam tikra dalis serozinių meningitų yra nežinomos etiologijos ir atrodo kaip pirminis susirgimas.

Degkvitz skiria serozinius meningitus į: a) toksinius nuo infekcinių ligų, helminthiasis; b) meningitis concomitans pleurito, otito ir kt. atvejais; c) epideminį serozinį arba aseptinį meningitą, Bérel et Devic, Merklen, Gorter ir ypatingai Roch, taip pat Eckstein mano, kad serozinis ūminis meningitas esąs epideminio encefalito speciali forma. Kiti autoriai sieja šitą meningitą su poliomyelito epidemija (Gunther, Netter), Berkesy stebėjo, kad poliomyelito epidemijos kulminacinis punktas sutampa su serozinio meningito ligos laiku. Širokov'o nuomone serozinis meningitas esąs paralerginė organizmo reakcija, kuri pasireiškia hematoencefalitinio barjero praleidžiamumo padidėjimu. Šitos paralerginės reakcijos priežastis pareinanti nuo infekcijų simbiozės organizme, pvz., tbc. ar tymų su gripu. L. Kulin mano, kad neteisingai esą meningitis serosa epidemica skirti išimtinai prie encefalito, poliomyelito ar gripo, nes jo etiologijoje galį būti įvairių antkryčių. Jis savo tvirtinimą remia tuo, kad rudenį vaikų meningitis serosa epidemijos metu buvo daug susirgimų meningitis epidemica serosa vidaus klinikoje tarp suaugusiųjų, o pavasario vaikų epidemijoje jų nebuvo, vadinasi, ji buvo sukelta suaugusiems nepatogeninio virus'o. Kiti, kaip Gautier, nurodo, kad serozinis meningitas būnąs vaikams su aktyvia tuberkulioze: Taillens tat stebėjęs vienai 13 metų amžiaus mergaitei, todėl jisai stato klausimą, gal bac. tbc., o gal virus filtrabilis sukelią serozinį meningitą su gerybine eiga, ir lygina jį su gerybiniu pleuritu. Kiti mano, kad ultravisibilis influencos virusas sukeliąs ūminį aseptinį meningitą.

Aseptinio meningito nepasisekė ligi šiol pernešti skiepijimu gyvuliams. Žmogaus serumo injekavus į liumbalinį kanalą, Netter, taip pat Glanzmann ir Gross matė aseptinį meningitą vaikui. Roch ir Katzenellenbogen apra-

šo aseptinį pūlingą meningitą po arklių serumo injekcijos intraliumbaliai, taip pat po kofeino; Pautrier ir Simon — po kokaino. Vidal aseptinį meningitą aiškina stipria meningų hyperaemia: leukocitai pereiną į liquor'ą ir atsirandąs pleocytosis.

Dr. V. Vaičiūno paskelbtieji seroziniai meningitai buvo nežinomos etiologijos, 3 trauminiai ir 1 po parotitis ep.

Mūsų ligoniai neturėjo etiologijoje jokių kitų ligų: nei infekcinių, nei otitų, nei pleurito. Vienu atsitikimu atrodo esanti kalta trauma, bet anamnezė sako, kad vaikas jautęsis jau porą dienų nesveikas ir eidamas mokyklon griuvęs ir tuojau atsiradusios konvulsijos. Encefalitų, poliomyelito ir gripo epidemijos tuo laiku nebuvo, išskyrus 1937 m. birželio mėn., kai buvo 1 serozinis meningitas ir tuo pačiu laiku turėjome ligoninėje pora Heine-Medin'o ligos atsitikimų. Iš 14 vaikų 13 turėjo dermatubino neigiamą reakciją, o 11 iš jų Mantoux r. 1:1000 ir 2 atsitikimais net 1:500 neigiamą, tik vienam 7 metų berniukui buvo teigiama dermatubino r. Tuo būdu mūsų nuomone aseptinio ūminio meningito etiologija nėra dar išaiškinta. Mūsų duomenimis būtų pirminis susirgimas su aseptiniu liquor'u, kas dar nereiškia, kad antkrytis neišaiškintas; čia gali būti ir virus ultravisibilis. Perdaug pastovus kliniškas vaizdas rodytų greičiau vienodą infekciją, o ne įvairius virus'us, kaip kad tvirtina Kulin.

Epidemiologija. Mūsų aseptinio meningito atsitikimai buvo sporadiški; tik 1937 m. pavasarį (5 atsitik.) atrodė gausiau susirgimų, nes 4 buvo Kaune ir Kauno apskr. ir 1 Ukmergėje su 1—3 mėn. protarpiu; nepastebėta nei šeimoje, nei mokykloje, kad būtų apkrėsti kiti vaikai. Literatūroje nurodomos mažos epidemijos su 14 d. inkubacijos laiku (Glanzmann). Eckstein stebėjo serozinio meningito susirgimus 2 seserų, kurios susirgo greit viena po kitos, taip pat sirgę 2 vaikai tos pačios klasės mokykloje. Kulin aprašo 5 susirgimus birželio mėn. Debričeno mieste, o 1936 m. epidemija (11 ats.) trukusi 2 mėn., įvairiuose miestuose ir valsčiuose pasklidusi.

Simptomatologija. Mūsų visi ligoniai susirgo staiga: buvo galvos skausmai, vėmimas, temperatūra daugumai buvo aukšta, iki 39°, o tik vienu atsitikimu neaukšta. Buvo atvežti į kliniką antrą dieną 2 vaikai, 3-čią dieną — 4 vaikai, 4-tą — 1, 5-tą — 4, 2 vaikai 7-tą dieną ir 1 vaikas 21 dieną. Vadinasi, dauguma ligonių atvežta tarp 3 ir 5-tos dienos (9 vaikai). Atvežtieji į kliniką rodė aiškius meningitinius simptomus (Kernig'o simpt. ir opisthotonus), skundėsi galvos skausmu, apetito stoka, noru vemti ir vėmimu. Dviem atsitikimais stebėjome nesąmoningumą ir dviem atsitikimais konvulsijas. Temperatūra buvo aukšta, iki 39°, tik vienu atsitikimu subfebrilė. Pulsas ne-

atitiko temperatūros, buvo lėtesnis, buvo aiški bradycardia; 1 ligoniui stebėjome aritmiją ir kitam systolinį ūžesį, kuris išnyko vėliau, vaikui pagerėjus. Visi vaikai be išimties turėjo apžėlusį liežuvį ir paraudusią gerklę, be to, buvo obstipatio. Vienu atsitikimu stebėjome herpes labialis et faciei. Odoje nepastebėjome jokių išbėrimų; jokių pakitimų ir skausmų sąnariuose nebuvo.

Taillens nurodo taip pat apžėlusį liežuvį ir foetor ex ore, obstipatio; kai kur literatūroje nurodoma ir diarrhoea, bet retai. Taillens stebėjo įvairaus laipsnio blužnies padidėjimą.

Glanzmann aprašo herpes labialis ir stomatitis aphtosa, stipriai apžėlusį liežuvį. Taip pat kiti autoriai nurodo odos išbėrimus, k. a. roseola, ekzantemas (Roch ir Eckstein); taip pat sąnarių, pilvo ar viso kūno skausmus, pvz., Glanzmann aprašo vienam ligoniui peties sąnario skausmą.

Nervų sistema. Vaikų dauguma rodė mieguistumą, pora vaikų neturėjo sąmonės. Kiti autoriai aprašo didelį dirgulį, delirijas (Glanzmann). Konvulsijos esti neretai aprašomos; mes matėme 2 konvulsijų atsitikimu. Kulin aprašo 1 konvulsijos atsitikimą. Opisthotonus ir Kernig buvo visiems mūsų ligoniams stipriau ar lengviau pasireiškęs. Raudonasis dermographismus buvo beveik visiems ligoniams; kai kuriems buvo aiški hyperaesthesia. Pateliariniai refleksai buvo labai įvairūs: kai kuriems normalūs, kitiems čia padidėję, čia sumažėję, tretiems abiejų pusių nevienodi. Gilieji refleksai buvo normalūs. Babinski'o refl. buvo neigiamas, vyziukai normalūs, tik vienu atsitikimu vangiai reagavo į šviesą. Glanzmann aprašo dažną nevienodumą abiejų pusių pateliarinių refleksų; vienu atsitikimu matęs teigiamą Babinski'o refleksą. Pilvo refleksai buvo normalūs arba padidėję ir vienu atsitikimu visai išnykę; kremasterio r. teig.

Literatūroje aprašomi lengvi, greit praeiną nervų paralyžiai, k. a., n. abducens (strabismus, diplopia), n. facialis, taip pat galūnių (Glanzmann, Kulin, Vaičiūnas ir kiti). Kulin aprašo pasunkėjusį rijimą (paralysis bulbaris). Vienu atsitikimu mūsų ligoniui buvo lengvas ptosis, kuris greit praėjo (n. oculomatorius paresis). Vienu atsitikimu mes stebėjome oedema papillae nervi optici (ne visų vaikų akių dugnas buvo tirtas). Taillens sako, kad papilų stasis nėra pastovus reiškinys, bet jo reikia ieškoti; taip pat ir su akustikos sutrikimu, kaip, pavyzdžiui, ūžimas, klausos sumažėjimas, akustinės haliucinacijos.

Liumbalinė punkcija šešiais atsitikimais rodė padidėjusį spaudimą, kitais — normalų. Liquor visų buvo skaidrus, tik dviem atsitikimais drumstas. Pandy r. +; 11-kai ligonių silp-

na, 3 vaikams — stipri. Narvelių skaičius buvo padidėjęs (200—400/3, vienu atsitikimu 4000/3). Vėliau narvelių skaičius mažėja; pvz., pirmą ligos savaitę 262/3, antrą — 234/3 ir trečią — 67/3; kitu atsitikimu — antrą savaitę — 280/3, trečią sav. — 42/3 ir ketvirtą sav. — 32/3. Dauguma narvelių buvo lymfocitai, tik dviem atsitikimais (ligos pradžioje) buvo daugiausia polinuklearų. Tinklelis liquor'e serozinio meningito atveju esti retai; mes turėjome tokį vieną atsitikimą. Nurodoma, kad cukraus kiekis liquor'e sumažėjąs arba išnykstąs ligos pradžioje, vėliau atsirandąs arba didėjąs. Mes ne visur tikrinome, bet keli atsitikimai davė normalų cukraus kiekį. Glanzmann nurodo, kad ten, kur su Fehling'o r. cukraus nerasta, su Hagedorn-Yensen'o būdu randama ir dažniausiai normalus kiekis. Kulin rado normalų cukraus kiekį. Kraujo tyrimas mūsų 7 ligoniams rodė normalų leukocitų skaičių (6—7.000). 6 vaikai turėjo vidutinę leukocitozę: 1 vaikas 1 metų ir 3 mėn. turėjo 19.000 leukocitų ir vienas — žymią leukopenia (3.600). 7 vaikai turėjo lymphocytosis; 1 kūdikis 87% polinuklearų. Eozinofilus radome pusei ligonių. Glanzmann nurodo normalų leukocitų skaičių arba nedidelę leukocitozę, lymphocitosis arba polynucleosis, kurių sąsyjo su narvelių rūšimi liquor'e nustatyti esą negalima; jis visais atvejais rado eozinofilų. Kulin leukocitų skaičių rado kiek padidėjusį, ir eozinofilų nebuvo tik 1—2 atsitikimais. Kraujo sėdimą mes patikrinome pagal Westergreen'ą 3 atsitikimais ir gavome 2 vaikams su seroziniu liquor'u mažai pagreitėjusį, tik vienam 105—132 (su drumstu liquor'u). Glanzmann gavo 60/70 ir 75/104 ir 3/20.

Ūminis aseptinis meningitas būna retai, palyginti ypač su tuberkulioziniu ir meningokokiniu meningitais, bet praktikas gydytojas neturi užmiršti apie tokią meningito rūšį ir neskubėti su blogos prognozės diagnoze, kol diagnozė nėra visai tikra, ypač tat liečia tbc. meningitą ankstyvojoje stadijoje.

Diferencinė diagnozė. I. Ūminis aseptinis meningitas skiriasi nuo tbc. meningito: 1) staigia pradžia: 2) dažnai neigiama tuberkulino reakcija; 3) kraujo vaizdu: normali ar padidėjusi leukocitozė, tbc. meningito atveju dažniausiai esti aiški leukocitozė su polynucleosis'u; 4) liquor gali būti skaidrus arba drumstas, Pandy reakcija silpna, tbc. meningito atveju daug stipresnė ligos pradžioje; celių skaičius ligos pradžioje didesnis negu tbc. meningito atveju, vėliau mažėja, narveliai daugumoje yra lymfocitai, bet gali būti daugiau ir polinuklearinių, ypač ligos pradžioje; tinklelis nesidaro, tik išimtinai. Cukraus kiekis sumažėjęs ar išnykęs esti ligos pradžioje, vėliau jo kiekis atsiranda ar didėja, tbc. meningito atveju cukrus mažėja progresyviai.

II. Meningokokinis meningitas skiriasi nuo aseptinio pūlingo meningito štai kuo:

Ligos pradžia labai panaši, bet odos išbėrimai ir herpes aseptinio meningito atveju būna labai retai. Liquor'e celių skaičius daug didesnis meningokokinio meningito atveju ir randama meningokokų. Nors išimtinai ligos pradžioje meningokokų gali nebūti (Tumėnienė ir Oleiskienė, taip pat Glanzmann), todėl pirmosios punkcijos metu patartina įpilti abejotinais atsitikimais meningokokinio serumo, po to atsiranda meningokokai liquor'e, aseptinio meningito atveju — liquor'e nerandama bakterijų. Meningokokinio meningito atveju kraujas rodo stiprią leukocitozę, polinukleozę ir labai greitą kraujo sėdimą.

III. Poliomyelitis ant. ac. neretai prasideda su meningitiniais reiškiniais ir šiaip kliniškas vaizdas gali būti labai panašus į ūminį aseptinį meningitą, ypatingai nervų sistema. Liquor visuomet esti skaidrus ir celių skaičius mažesnis. Paralyžiai pastovesni ir dažniausiai sunkesni.

IV. Encephalitis epidemica kliniškai panašus ligos pradžioje, skiriasi liquor'o duomenimis: mažas narvelių skaičius, cukraus kiekis padidėjęs, duoda miego sutrikimus ir postencefalitinius reiškinius.

Ligos eiga. Mūsų ligoniai, sergą ūminiu aseptiniu meningitu, visi pagijo: jau po pirmosios, kiti po antrosios punkcijos rodė žymų pagerėjimą. Daugumai ligonių aukšta temperatūra po pirmosios punkcijos krito ir 6—9 ligos dieną buvo normali ir meningitiniai reiškiniai kartu ar greit po to visai išnyko Vienu atsitikimu temperatūra nukrito 24-tą ligos dieną. Glanzmann aprašo 3½ mėn. ligos eigą 13 metų mergaitei su temperatūros remisijomis.

Gydymas. Svarbiausia gydymo priemonė yra kartotinės punkcijos, be to, vartojome pyramidoną, esant neramumui, galvos skausmui. Kiti duoda urotropiną per os.

Trumpos ligos istorijų ištraukos.

1 atsitikimas. V. J., 10½ metų berniukas. Susirgęs prieš 5 dienas galvos skausmais, gana stipriu vėmimu, po kelis kartus per dieną. Temperatūra buvusi pakilusi, bet neaukšta. Šeima sveika.

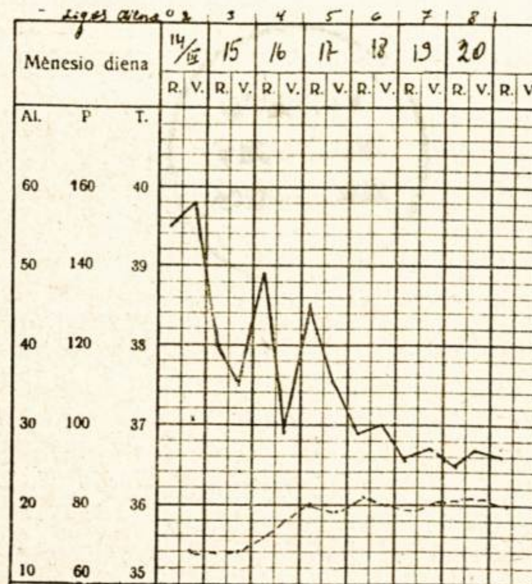
Status praesens. Vidutinės mitybos berniukas, ramus, nenustojęs sąmonės, guli ant šono. Gerklė paraudusi, liežuvis apžėlęs. Plaučiai ir širdis tvarkoje. Opisthotonus ir Kernig'as +. Vyziukai į šviesą gerai reaguoja, vienodos formos ir išsiplėtimo. Dermographismus +. Pateliariniai ir Achil'o refleksai silpni. Babinski Θ. Temperatūra 37,2. Šlapimai normoje. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas padidėjęs. Pandy ++. Cukraus 53 mgr. %. Mikroskopiškai tiriant rasta daug lymfocitų, bakterijų nerasta. Dermatubino ir Pirquet'o reakcija —. Po punkcijos temperatūra pakilo iki 38°, bet kitą dieną nukrito iki 37°, ligonio stovis labai pagerėjo, galva nustojo skaudėjusi, opisthotonus ir Kernig beveik

išnyko. Temperatūra laikėsi 37°, 37,3° aukštumoje ir 7-ta gydymo dieną nukrito iki 36,5°. Kartotinė liumbalinė punkcija po 4 dienų parodė: mažą spaudimą, skaidrų liquor'ą, Pandy +. 9-tą gydymo dieną (14 d. nuo susirgimo) išsirašė pasveikęs.

2 atsitikimas. G. K., 9 metų berniukas, susirgęs prieš 2 dienas: pradėjęs vemti, atsiradusi aukšta temperatūra ir galvos skausmai. Sirgęs bronchopneumonija su empyema, tymais, kokliušu. Tėvai ir 2 vaikai sveiki.

Status praesens. Geros mitybos berniukas, nuolat guli ant šono, užrietęs galvą ir pritraukęs kojas. Neramus, dejuoja, protarpiais klieda, į klausimus atsako. T. 39,5°. Hyperaesthesia +, dermographismus +, opisthotonus ir Kernig labai dideli. Vyziukai vienodi, į šviesą reaguoja, kitų akių raumenų paralyžiaus nematyti. Pateliariniai ir Achilo refleksai +. Burna sausa, liežuvis apžėlęs, gerklė truputį paraudusi, kaklo liaukos padidėjusios. Plaučiai ir širdies ribos normalios, bradycardia, girdėti systolinis ūžesys ties viršūne. Abdomen minkštas. Hepar, lien neapčiuopiami. Šlapimai: balt. ir cukr. nėra, uratų yra; apie 20 leukocitų akiplotyje; reakcija rūgšti. Kraujas: Hb. 75, erytr. 4.530.000, leuk. 7.000; eoz. 1, štab. 7, segment. 62, lymf. 27, mon. 3. Liumbalinė punkcija: liquor drumstas, spaudimas didelis (nuleista 25 ccm), Pandy +++, Nonne-Appelt ++. Liquor'e rasta daug lymfocytų, bakterijų nerasta. Mantoux r. neigiama. Plaučių rentgenograma: dėmėti hilus'ai.

Antroji punkcija 4-tą ligos dieną: spaudimas nedidelis, liquor skaidrus, Pandy ++. 6-tą ligos dieną liumbalinė punkcija: 12 ccm, liquor skaidrus, gelsvos spalvos, Pandy +, Nonne-Appelt +, cukraus —, balt. 1,40‰, leukoc. 27—1 ccm., lymf. 90%, polinukl. 10%. Po pirmosios punkcijos ligonis pagerėjo, temperatūra sumažėjo, ligonis ramesnis. 6-tą ligos dieną temperatūra buvo 38—37, vaikas kalba, šypsosi, truputį pasėdi. Opisthotonus ir Kernig sumažėjo. Išrašytas namo, kur greit visai pasveiko. (T°-ros ir pulso eigą žiūr. 1 atv.).

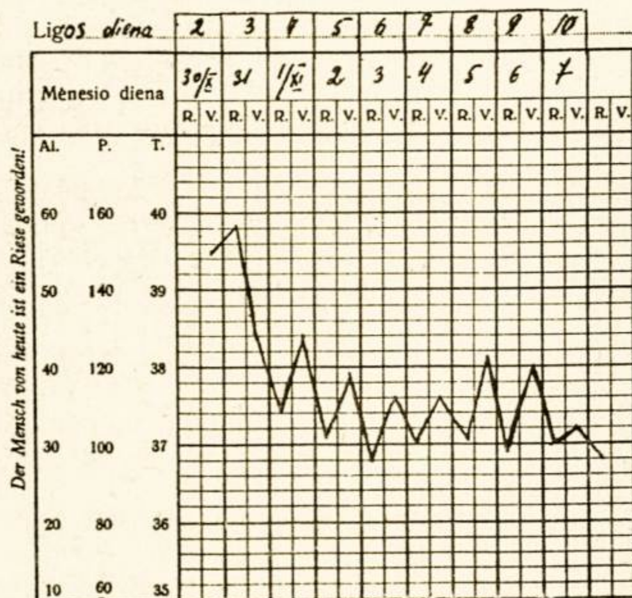


1 atvaizdas.

3 atsitikimas. A. G., berniukas, 1 metų 3 mėn. amžiaus, susirgęs prieš dieną; atsiradusi aukšta temperatūra ir konvulsijos, kurios kartojusios kas valanda visą naktį.

Status praesens. Geros mitybos, mieguistas, turi sąmonę. Opisthotonus ++, Kernig silpnas. Dermogr. ++. Sausgyslių refleksai

normalūs. Akių nervai tvarkoje. Maumonėlis užsidaręs. Burna drėgna, liežuvis apsivėlęs, gerklė paraudusi. Thorax, plaučiai, širdis tvarkoje. Pilvas ir jo organai tvarkoje. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, labai didelis spaudimas (išleista 30 ccm). Pandy +. Tepinėlyje daug lymfocitų, bakterijų nerasta. 6-tą ligos dieną: išleista 30 ćcm skaidraus liquor'o; Pandy ++. Mantoux r. 1:1000 —. Hb. 62, eritr. 4.360.000, leuk. 19.000; eoz. 1, segm. 10, lymfoc. 79, mon. 10. Šlapimai tvarkoje. 10-tą ligos dieną išrašytas namo labai gerame stovyje. Opisthotonus ir Kernig —. (T°-ros eigą žiūr. 2 atv.).



2 atvaizdas.

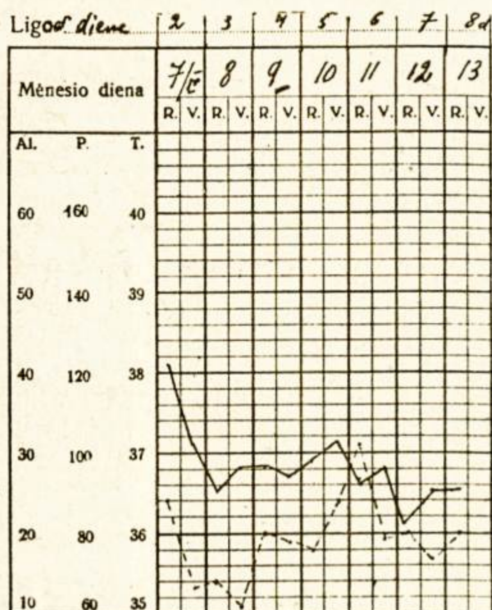
4 atsitikimas. Berniukas V. K., 10 metų amžiaus. Sergąs jau **3** d.; susirgęs staiga su galvos skausmais, vėmimu, temperatūra 38°. 3-čią ligos dieną nustojęs sąmonės.

Status praesens. Vidutinės mitybos, be sąmonės berniukas; guli ant šono atlošęs galvą. Opisthotonus +, Kernig +, dermograph. +. Sausgyslių refl. tvarkoje. Akių nervai tvarkoje. Gerklė raudona, liežuvis apsivėlęs, burnos gleivinė drėgna. Plaučiai ir širdis tvarkoje. Bradycardia. Abdomen tvarkoje. Cervik. ir inguinal. liaukos apčiuopiamos. Šlapimai: reakcija rūgšti, baltymo pėdsakai. Kraujas: Hb. 90, er. 4.620.000; leuk. 6.600, eoz. —, štab. 6, segm. 49, lymf. 45. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas nedidelis. Pandy +. Temperatūra 39°, pulsas 90. Dermogr. — Pirquet kartotinai —. Po punkcijos temperatūra pradėjo kristi. Grįžo sąmonė. 7-tą ligos dieną temperatūra tesiekė 37,5°—36,9°, pulsas 86. Opisthotonus ir Kernig —. Savijauta gera. Kadangi vaikui buvo 3-čią ligos dieną suleista meningokokinio serumo į raumenis, todėl 10-tą ligos dieną atsirado serumine ekzantema ir subfebrilė temperatūra. 16-tą ligos dieną padaryta liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas normalus. Pandy —. Išrašytas pasveikęs.

5 atsitikimas. K. G., 8 metų 10 mėn. amžiaus berniukas, susirgęs prieš dieną: staiga eidamas iš ryto gatvėje kritęs, nustojęs sąmonės, tuojau atsiradusios konvulsijos, kurios pasikartojusios du kartus; sąmonė grįžusi tik po 4 val., vakare vėl atsiradusios konvulsijos ir po to visą laiką buvęs be sąmonės, vėmęs. 3—4 dienas prieš susirgimą jautęsis blogai, buvęs silpnas, sunkiai vaikščiojęs. Šeimos anamnezėje nieko ypatingo.

Status praesens. Geros mitybos berniukas, mieguistas, nevisiškos sąmonės, protarpiais klieda, nori eiti, Kernig ir opisthotonus +.

Dermogr. +. Hyperaest. —; sausgyslių refleksai deš. pusėje silpnesni negu kairėje. Vyziukai blogai reaguoja į šviesą, bet lygūs, akių vokai nusvyrę, dešinysis daugiau. Liežuvis apsivėlęs, gerklė paraudusi, kaklo liaukos padidėjusios. Thorax taisyklingas. Plaučiai tvarkoje. Širdies ribos normoje. Bradycardia, arhythmia, Abdomen įdubęs, jo organai tvarkoje. Kraujas: Hb 60, er. 3.450.000, leuk. 10.400; št. 4, segm. 49, lymf. 45, mon. 2. Šlapimai tvarkoje. Mantoux r. 1:1000 —. Liumbalinė punkcija (antra; namie punktuota); liquor skaidrus, spaudimas padidėjęs, Pandy +, centrifugate daug lymfocitų. Temperatūra 38°, pulsas 85. Po punkcijos temperatūra normali, pulsas pradėjo kilti (iki 100). Stovis apskritai pagerėjo, grįžo sąmonė. Kernig —, opisthotonus —. Vyziukai reaguoja gerai. 8-tą ligos dieną išrašytas namo pasveikęs. (T°-ros ir pulso eigą žiūr. 3 atv.).



3 atvaizdas.

6 atsitikimas. Bin-ė Š., 1 met. 3 mėn. amžiaus mergytė. Atvežta 8-tą ligos dieną, buvusi nerami, blogai valgiusi, vėmusi; viduriai buvę kieti.

Status praesens. Labai nerami mergaitė, blogas turgor. rigidiška, ypač sprandas ir kojos. Opisthotonus +, Kernig +. Hyperaesthesia +. Dermogr. +. Akys tvarkoje. Burna, gerklė tvarkoje. Plaučiai ir širdis tvarkoje. Abdomen minkštas. Cervikal. liaukos padidėjusios. Šlapimai tvarkoje. Kraujas: Hb. 78, er. 5.140.000; leuk. 9.200, eoz. 1, št. 4, segm. 34, lymf. 57, mon. 4. Temperatūra subfebrilė. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas padidėjęs. Pandy +, nuosėdose 50/3; lymfocit. daug. Dermat. r. —, Mantoux r. —. Po 10 dienų išsirašė sveika.

7 atsitikimas. M. K., 13 metų mergaitė. Susirgusi prieš 5 dienas; staiga atsiradusi temperatūra, vėmimas, nustojusi sąmonės.

Status praesens. Vidutinės mitybos, be sąmonės, mieguista. Kernig +, opisthotonus +. Dermogr. +. Sausg. refleksai +. Akys tvarkoje. Burna drėgna, liežuvis apžėlęs, gerklė raudona. Thorax ir plaučiai tvarkoje. Širdis: tonai duslūs. Abdomen minkštas, lien ir hepar neapčiuopiami. Cervikal. ir ingvinal. liaukos padidėjusios. Šlapimai tvarkoje. Kraujas: Hb. 75, er. 4.280.000, leuk. 16.200; segm. 69, lymf. 27, št. 4. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas padidėjęs. Pandy +, citozė 140/3 (lymf. ir segment.). Temperatūra subfebrilė, tvinksnis 80. Po 3 dienų liumb. punkcija: spaud. n.; Pandy r. —. Kernig ir opisthoto-

nus —. Prieš išrašant ištirtas akių dugnas ir rasta nedidelė oedema papillae n. optici.

8 atsitikimas. Berniukas J. Š., 7 metų amžiaus, prieš 2 dienas staiga susirgęs: atsiradusi aukšta t° (40°), vėmimas, galvos skausmai. Galvą laikęs atlošęs, kojas surietęs. Anksčiau nesirgęs jokiomis ligomis. Devintas sveikų tėvų vaikas. Kiti 5 vaikai sveiki, 3 mirę (1 smeg. uždegimu).

Status praesens. Vidutinės mitybos berniukas, atrodo sunkiai sergąs, į klausimus beveik neatsako, vaitoja, dantis laiko sukandęs, guli susirietęs, atlošta galva. Turgor blogas. Ant lūpų ir veido odoje yra herpes. Kitų išbėrimų neturi. Akys, ausys tvarkoje. Gerklė raudona, burnos gleivinė sausoka. Kaklo liaukos truputį padidėjusios. Širdies tonai lėti, bet aiškūs. Plaučiuose nieko ypatingo, alsavimas pagreitėjęs. Pilvas minkštas, įdubęs. Blužnis ir kepenys nepadidėję. Vyziukų reakcija normali. Opisthotonus stipriai pasireiškęs. Kernig +. Patellar. refleksai gyvi. Babinski —. Pilvo refleksai visuose segmentuose gyvi. Kraujo sėdimas pagal Westergreen'ą 1 val. 105, 2 val. 132. Morfologinis kraujo vaizdas: Hb. 63, eritr. 3.560.000, leuk. 5.800; segm. 48, lymfoc. 43, monoc. 3, eozin. 5, bazof. 1. Dermatub. r. +. Temperatūra 40°. Liumbalinė punkcija: liquor drumstas, spaudimas nepadidėjęs. Pandy ++. Po antrosios punkcijos didelis pagerėjimas, pacientas niekuo nesiskundžia, pats atsisėda, prašo valgyti. Opisthotonus ir Kernig sumažėjo. Kitą dieną temperatūra nukrito iki normos. Tarpais vėl skauda galva. Nuosėdose daug polynukleariniių narvelių, meningokokų nerasta. Vaikas gavo 30 gr. meningokokinio serumo 2 dienas paeiliui, meningokokų nerasta. 8-tą ligos dieną Pandy +, narvelių skaičius liquor'e 132/3; meningito simptomai beveik išnyko. 12-tą gydymo dieną (14 d. nuo susirgimo) išsirašė visai pasveikęs.

9-tas atsitikimas. Mergaitė A. S., 8 metų amžiaus, serganti 5-tą dieną, skundžiantisi galvos skausmais, vėmusi. Liga prasidėjusi palengva. Džiovos šeimoje nėsą.

Status praesens. Vidutinės mitybos. Akys, ausys ir nosis patologiškai nepakitę, liežuvis apžėlęs. Širdis ir plaučiai patologiškai nepakitę. Pilvas tvarkoje. Opisthotonus, Kernig, dermographismus, pasireiškę. Patelar. refleksai susilpnėję. Kraujas: Hb. 75, eritr. 3.410.000, leuk. 3.600; segm. 52, lymf. 44, eozin. 4. Mantoux r. (1:1000) —. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas normalus, Pandy +, narvelių skaičius 6-tą ligos dieną 262/3. 8-tą ligos dieną liumbalinė punkcija: spaudimas padidėjęs, Pandy silpnai +, celių 234/3. 11-tą ligos dieną liumbalinė punkcija: spaudimas normalus, liquor skaidrus, Pandy silpnai teigiamas, celių 67/3, t° subfebrilė. 18-tą gydymo dieną savijauta gera, nusiskundimų nėra jokių. Išrašyta pasveikusi.

10-tas atsitikimas. Mergaitė Z. G., 7 metų amžiaus. Serganti 4-tą dieną. Susirgusi staiga aukšta t°—39,6, vėmimu. Skaudėjusi galva. Anksčiau sirgusi skarlatina, tymais, vėjaraupiais. Džiovos šeimoje nėsą.

Status praesens. Akys, ausys, nosis tvarkoje. Širdis, plaučiai be patologiškų pakitimų. Pilvas tvarkoje. Kepenys, blužnis neapčiuopiamos. Opisthotonus, Kernig +. Dermographismus raudonas, žymus. Kraujas: Hb. 75, leukoc. 9.800, eritr. 4.620.000; segm. 64, štab. 4, lymfoc. 22, mon. 10. Dermatub. r. —. Šlapimų nuosėdose yra 35—40 leukocitų. Liumbalinė punkcija: liquor drumstas, punktate daug neutrofilų. Pandy r. +. Meningokokų nerasta. Po antrosios punkcijos t° pakilo iki 39°, skundžiasi galvos skausmais. 4-tą gydymo dieną stovis žymiai pagerėjo. Opisthotonus ir Kernig išnyko. Valgo gerai. Savijauta gera, t° normali. 6-tą gydymo dieną (10 lig. d.) pacientė išrašyta pasveikusi.

11-tas atsitikimas. Mergaitė M. V., 12 metų amžiaus. Susirgusi prieš savaitę, pradėjusi skaudėti galva, t° pakilusi iki 39°. Sirgo tymais, plaučių uždegimu. Šeimoje džiovos nėsą.

Status praesens. Menkos mitybos. Oda švari. Akys, ausys, nosis tvarkoje, gerklė paraudusi. Plaučiai, širdis tvarkoje. Pilvas, kepenys ir blužnis be matomų patologiškų pakitimų. Opisthotonus, Kernig teigiami. Mantoux r. —. Kraujas: Hb. 90, er. 4.740.000, leukoc. 9.200; segm. 76, lymfoc. 22, mon. 2. Westergreen 1 val. 9, 2 val. 30. Liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas padidėjęs. Pandy r. ++. Liquor'e narvelių 280/3 (2-rą ligos savaitę). Po 3 dienų t° nukrito iki 37,5°, laisvai gali judėti. Opisthotonus pranyko, savijauta gera. Po 2 dienų vėl liumbalinė punkcija, celių 240/3. T° nukrito iki normos 12-tą ligos dieną (5-tą gydymo dieną). Dar po 3 dienų liumbalinė punkcija: liquor skaidrus, spaudimas nepadidėjęs, celių 42/3. 11-tą gydymo dieną (18 lig. dien.) padaryta paskutinė 4-ta liumbalinė punkcija. Spaudimas nepadidėjęs, liquor skaidrus, celių 32/3. Sausgyslių refleksai normalūs. Išrašyta namo pasveikusi.

12-tas atsitikimas. Mergaitė A. D., 2-jų metų amžiaus. Serganti 3-čią dieną, susirgusi staiga su t° 38—40°, nevėmusi, buvusi gydyta nuo kirminų. Obstipatio. Maža būdama sirgusi plaučių uždegimu ir, be to, sirgusi slogomis.

Status praesens. Pacientė vidutinės mitybos, guli su atlošta į užpakalį galva ir suriestomis kojytėmis. Ausys, nosis ir akys be matomų patologiškų pakitimų. Burna raudona. Liežuvis sausas, apžėlęs. Turgor susilpnėjęs. Plaučiuose n. y. Širdyje — bradycardia, tonai aiškūs. Pilvas įdubęs, raumenų tonus ir turgor susilpnėję. Blužnis ir kepenys neapčiuopiamos. Galūnės pastyrusios. Raumenų tonus'as padidėjęs. Opisthotonus +, Kernig —. Vyziukai į šviesą reaguoja gerai. Pateliariniai refleksai padidėję. Kraujas: Hb. 80, eritr. 4.100.000, leuk. 12.200; segm. 38, št. 5, jaun. — 2, eoz. 1, bazof. 1, lymf. 50, mon. 3. Mantoux r. —. Liumbalinė punkcija: spaudimas padidėjęs, Pandy +, liquor skaidrus, citozė 461/3; lymf.: segm. 12/1. Po punkcijos vaiko stovis žymiai pagerėjo, Opisthotonus pranyko, vaikas sėdi, atsako į klausimus, t° 37,3. 9-tą gydymo dieną (12 lig. d.) vaikas jaučiasi visai gerai. Kernig, opisthotonus neigiami. Jokių kitų patologiškų pakitimų ir nusiskundimų nėra, pasveikusi išrašyta namo.

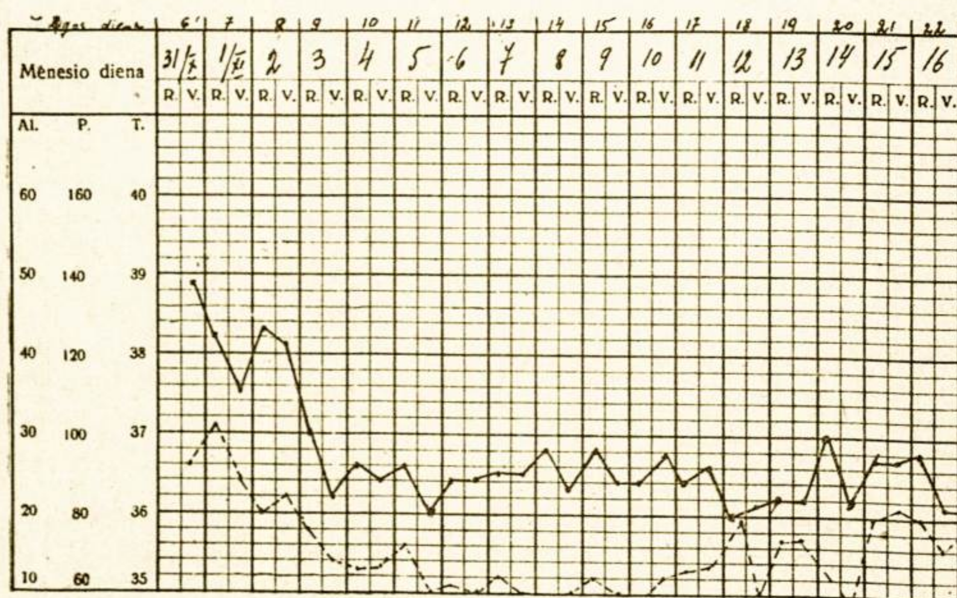
13-tas atsitikimas. Berniukas G. V., 8 mėn. amžiaus. Prieš 3 savaites staiga susirgęs: pasidaręs neramus, karštis pakilęs iki 40°, vėmęs, buvę traukuliai. Gulėjęs Ukmergės Žydų ligoninėje. Prieš du mėnesiu sirgęs plaučių uždegimu. Džiova šeimoje neigiama.

Status praesens. Vidutinės mitybos. Akys, ausys, nosis tvarkoje. Liežuvis apžėlęs, gerklė paraudusi. Plaučiuose, širdyje n. y. Pilvas minkštas, palpuojant neskaudamas, kepenys truputį apčiuopiamos iš po arcus costarum, blužnis neapčiuopiama. Dermographismus +. Pateliariniai refleksai padidėję, peroneus +. Mantoux r. —. Kraujas: Hb. 75, eritr. 4.200.000, leukoc. 17.800; segm. 87, štab. 2, lymfoc. 10, mon. 1. T° 38°,3. Liumbalinė punkcija: spaudimas padidėjęs. Pandy +, liquor skaidrus, celių 280/3. Temperatūra nukrito 3-čią gydymo dieną ir buvo normali. Po 4 dienų daroma 2-ra liumbalinė punkcija, liquor skaidrus, spaudimas padidėjęs, Pandy +, celių 160/3. Vaikas visą laiką ramus, svoris auga gerai. Kernig ir opisthotonus —. 11-tą gydymo dieną vaikas išrašytas pasveikęs namo.

14-tas atsitikimas. P. J., mergaitė, 12 metų amžiaus. Staiga susirgusi prieš penkias dienas. Pradėjusi vemti, skundžiusis galvos skausmais, karščiavusi. Ligos metu viduriai buvo užkietėję. Prieš pat ligą jautusis

visai sveika. Sirgusi kokliušu, skarlatina prieš 6 metus. Tėvai esą sveiki.

Status praesens. Mieguista, liesa, pablyškusi mergaitė su pamėlynavusiais paakiais. Guli susirietusi ant šono, su atlošta į užpakalį galva (position en chien de fusil). Akių vyziukai truputį išsiplėtę, į šviesą reaguoja gerai. Abiejų ausų klausa truputį susilpnėjusi. Plaučiuose n. y., širdyje bradycardia, tonai aiškūs. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Pilvas n. y. Lymfinės liaukos nepadidėjusios. Opisthotonus, Kernig teigiami. Brudzinski +. Facialis ++, sausgyslių refleksai gyvi. Kraujo sėdimas pagal Westergreen'ą 1 val. 15, 2 val. 30. Morfologinis kraujo vaizdas Hb. 83, eritroc. 4.860.000, leuk. 5.800; segm. 49, štab. 1, lymf. 47, monoc. 2, eozinof. 1, t° 38,9, Mantoux r. (1:1000) —, Mantoux r. (1:500) —. Liumbalinė punkcija, 6-tą ligos dieną. Spaudimas normalus. Pandy +, liquor neskaidrus. Celių 4000/3. Daug lymfocitų, 4-tą dieną punktuojant liquor'o visai negauta. Tą pačią dieną temperatūra nukrito iki normos. Dar praslinkus 3 dienoms daryta liumbalinė ir subokcipitalinė punkcijos; liquor'o negauta. Dar po 3 dienų gauta keletas lašų skaidraus liquor'o. Pandy r. silpnai teigiama. Opisthotonus mažesnis. Kernig +. Galva dar skauda, vyziukai reaguoja gerai. Vėliau, po 3 dienų, opisthotonus ir Kernig vos žymūs. Pati sėdi, galva nebeskauda, miega normaliai; apatiška. 18-tą gydymo dieną (23 ligos dieną) išsirašo pasveikusi. Opisthotonus ir Kernig visai pranyko, tik truputi apatiška. (T°-ros ir pulso eigą žiūr. 4 atv.).



4 atvaizdas.

LITERATŪRA.

1. Baginski: „B. Kl. W." 1907, 385 p.
2. Berkesy, L.: Über Fälle von epidemisch auftretenden Meningitis serosa im Sommer, 1931 in Szeged. (Med. Diagnostik. klin. Univ. Szeged). („Wien. Klin. Wschr." 1932, II, 879—882 p.) „Zentralblatt f. Kinderheilkunde" 1933 m. 27 t., 188 p.
3. Casaubon, A.: Akute meningeale Symptome und Seröse Meningitis. („Arch. latino-Americ. de pediatrica". Bd. 18, Nr. 1, 11—48 p. ir Nr. 2, 84—101 p., 1924, Spanisch („Zentralblatt f. die gesamte Kinderheilkunde". 1927 m., 20 t. 604 p.
4. Degkwitz, R.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 513 p.

5. Eckstein, A.: Epidemische Meningitis serosa (Kinderklinik Med. Akad., Düsseldorf). „Klin. Wschr." 1931, I, 22—24 p. „Zentralblatt f. d. gesamte Kinderheilkunde". 1936 m. 25 t., 252 ir 491 p.
6. Fornara, P.: Meningitis sierose e meningismi (Milano, 22—25. X. 1924. Atti del II congr. pediatr. Ital. 521—527 p., 1925). „Zentralblatt f. d. gesamte Kinderheilkunde", 1926 m. 19 t. 749 p.
7. Fornara, P.: Le meningiti sierose acute apparentemente pr. (Die anscheinend primäre akute seröse Meningitis) (Gez. Pediatr., osp. Magg. Novara. „Clin. pediatr." 13, 704—758 (1931 m.). „Zentralblatt f. Kinderheilkunde", 1932 m. 26 t., 222 p.
8. Gautier: „Revue med. de la Suisse romande" 1931, sausio mėn. 25 d.
9. Gautier et Chausse: „Klinik. Rev. fr. Péd.", 1927, 78 p.
10. Hetemäki, Elna; Ein Fall von Meningitis serosa. Duodecim. (Helsingfors) (44, 332—336 u. dtsch. Zusammenfassung 336, 1928 m. Finnisch.). „Zentralblatt für Kinderheilkunde". 1929 m., 22 t., 851 p.
11. Hilmi, Ihsan.; Seröse Meningitis (Univ. Kinderklinik — Istambul.). „Mschr. Kinderheilk." 61, 187—190, 1935. „Zentr. f. die gesamte Kinderheilkunde", 1935, 30 t. 286 p.
12. Knauer: „Klin. Wschr." 1932, 444 p.
13. Kaulbersz - Marynowska: „Zschr. f. Kinderheilk." 1929, Bd. 48, 120 p.
14. Kowarski: Über Meningitis serosa. „Jahrbuch für Kinderheilkunde", 1928 m., 119 t. 104—114 p.
15. Dr. Laszlo von Kulin: Zur Frage der meningitis serosa epidemica. „Jahrbuch f. Khk.", 149, 99, 3 1937 m.
16. Reiche, F.: Über Meningitis serosa bei Masern nebst Bemerkungen zur Chemie der Liquor spinalis. (II med. Klin., allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek) „Arch f. Kinderheilkunde", 1927 m. 241—256 p.
17. Roch u. Katzenellenbogen: „Schweiz. Med. Wschr." 1924, 31 nr.
18. Roch: Bulletin et mem. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Seance du 14 mars 1930. „Revue méd. de la Suisse romande" 1931, 25 janvier.
19. Schiff, E.: Über gutartige aseptische eitrige meningitis im Kindesalter. „Monatschrift für Kinderheilkunde". 1930, 48 t. 343 p.
20. Širokov, S. F. (Voronež): „Sovietskaja Pediatrija", 1937 m. 9 nr., 80 p.
21. Schlossman: Handbuch der Kinderheilkunde, IV t., 610 p.
22. Schneider, H.: Die epidemisch. akute Meningitis serosa. Wien. 1932.
23. Stoos, M.: „Jahrbuch f. Kinderheilkunde", 1924, 105, 345.
24. Taillens: La méningite séreuse aiguë. Traité de médicine des enfants, V t., 166 p.
25. Vaičiūnas, V.: Meningitis serosa iš V. D. Universiteto Nervų ir Psichikos ligų klinikos. „Medicina" 1932 m. I nr. 10—21 p. ir 2 nr. 96—108 p.
26. Wallgreen: „Acta paed.", 1925, 4 t.
27. Young a. Benett: „Americ. Journ. Med. Sc.".
28. Zabel: „Mitteilung aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurg." 1913, 25 t., 21 p.
29. Zienkewicz, Jan: Ein Fall von Meningitis serosa circumscripta nach Insolation. (Klin. Dziec., Univers. Wilno) „Pediatr. polska", 14, 82—85, 1934 (Polnisch). „Zentralblatt f. die gesamte Kinderheilkunde", 1934 m., 29 d. 633 p.

ZUSAMMENFASSUNG.

Prof. Dr. V. Tumėnienė - Mingailaitė und Dr. E. Mikševičienė - Čechirovaitė: **Akute aseptische Meningitis.** (Aus der Universitätskinderklinik zu Kaunas. Direktor Prof. Dr. T. Tumėnienė - Mingailaitė.

Es wurden in der Un. Kinderklinik 14 Fälle von akuter aseptischer Meningitis in der Jahren 1934—37 behandelt. Es waren 2 Säuglinge im Alter 7—8 Monat, 4 Kinder bis 2 Jahre und andere von 7 bis 12 Jahre alt. Die Anhäufung der Fälle wurde im Frühling 1937 beobachtet. Aetiologisch wurden keine andere Krankheiten (infektiöse, otitis, Pleuritis) noch Trauma konstatiert; zu der Zeit war keine Grippe-, Heine-Medin- Encephalitis-epidemie. Alle Kinder wurden mit Tuberkulin untersucht (Dermotubin, Pirquet und Mantoux), nur in einem Falle war die Tuberkulinreaktion positiv.

Die Autoren schliessen sich infolgedessen der Wallgreenschen Meinung an, dass akute aseptische Meningitis eine primäre Krankheit ist, durch unbekannten, vielleicht ultravisiblem Virus hervorgerufen.

Aus der Symptomatologie ist zu erwähnen als konstant: Kopfschmerzen, Erbrechen, hohes Fieber, meistens Bradycardie, obstipatio, belegte Zunge, Rötung des Pharynx, meningeale Erscheinungen. In 2 Fällen wurden Krämpfe und in 2 anderen Fällen Bewusstlosigkeit, oft Schläfrigkeit beobachtet. Dermographismus, meistens rot, war überall zu finden. Patellarreflexe verhalten sich verschieden: normal, abgeschwächt oder gesteigert. In einem Falle vorübergehende Ptosis, besonders einer Seite, die Pupillen reagierten wenig auf Licht. Bei einem Kinde wurde oedema papillae n. optici beobachtet.

Lumbale Punktion ergab klaren Liquor mit Ausnahme 2 Fälle mit trüben Liquor und Polymorphelementen, sonst wurden meistens Lymphocyten gefunden. Pandy war meistens schwach positiv.

Blutsenkung war wenig beschleunigt. Das Blutbild zeigte normale oder geringe Leukocytose, obgleich hohe Leukocytenzahl und Leukopenie auch beobachtet wurde. Eosinophilen wurden in der Hälfte der Fälle gefunden. Alle Kranken wurden geheilt, meistens am 6—9 Tage und nur in einem Falle dauerte die Krankheit 24 Tage. Behandelt wurde nur mit wiederholten Punktionen; der Zustand besserte sich meisters nach der ersten oder zweiten Punktion.

Dr. T. Goldbergas,
urologas-chirurgas.

Del kai kurių sunkių inkstų susirgimų diagnostikos.

*„Gutta cavat lapidem non vi,
sed saepe cadendo“.*

Ne kartą „Medicinos“ žurnalo skiltyse teko ginti pažiūra, kad urologijai, kaip atskiram medicinos mokslui, apimančiam visus uropoetinės sistemos susirgimus, ir pas mus praktiškame gyvenime būtų skirta atitinkama vieta, visiškai atpalaidavus ją nuo chirurgijos. Gyvenimas verčia vėl grįžti prie šito rūpimo klausimo. Kasdie-

ninės praktikos patyrimas rodo, kad gydytojų daugumas vis dar nemato visiško lygiagretiškumo tarp urologijos ir kitų medicinos mokslo šakų, įsigijusių savarankiškumą, kaip antai, akių ligų, ausų-nosies ir gerklės ligų ir moterų ligų.

Dar neseniai man teko girdėti iš apysenio, be to, įsigijusio ir gyvenimiško patyrimo, gydytojo specialisto (ne urologo) karčia teisybe atsiduodąs posakis: „Kaip keista: urologijos atskiro buvimo reikalingumą supranta tiktai urologai".

Kaip sunku su šitame posakyje pareikšta mintimi, matyti, išeinančia iš gydytojų tarpo, sugretinti tikrumą, kuri slypi tiktai nuo asmenų, nesidominčių patekti už šito mokslo kulisų ir sprendžiančių apie urologiją pagal atskirus techniškus veiksmus. Jos kaip atskiros disciplinos klestėjimas kasmet visame pasaulyje yra faktas, kurio negali paneigti ir jos priešininkai. Tat bus suprasta kada nors ir pas mus. Jau yra sukurta didelio maštabo urologinė literatūra, kaip antai, urologinė enciklopedija (francūzų ir vokiečių kalbomis). Tiktai praėjusiais metais (1938) pasirodė didelis, daugiau kaip 1.000 puslapių turįs, veikalas tiktai iš urologijos poskyrio — ginekologinės urologijos (Stoeckel). Visos šitos knygos ne tiktai nenusileidžia, bet kartais savo leidimo išvaizda ir turiniu viršija kai kuriuos stambius veikalus iš chirurgijos.

Kam yra dėkinga medicina naujaisiais urologinės technikos atsiekimais, urologinių operacijų metodikos pagerėjimu, jei ne urologams, savo specialybėje išsilavinusiems išsiemansipavusiose specialiose urologinėse įstaigose arba jas sukūrusiems.

Argi nevilioja sąmoningus urologinius ligonius į šitas specialias urologines ligonines ta aplinkybė, kad ten jie greičiau ir tikriausiai gaus išsamų atsakymą į klausimą apie diagnozę, o taip pat pagijimą, labiausiai priartėjusį prie tobulybės. Juk šitie pacientai, kaip ir anksčiau, būtų galėję ieškoti pagelbos chirurginiuose, vidiniuose, dermato-venerologiniuose skyriuose. Juoba, kad šitų specialybių atstovai neatsisakytų užsiimti tuo ar kitu atskiru veiksmu iš tokios įdomios, beveik matematišku tikslumu pasižyminčios mokslo šakos, kokia yra urologija. Kur, kaip ne specialiuose urologiniuose skyriuose, vedamuose Nitze's, Casper'o, — vėliau E. Joseph'o, Lichtenberg'o — Berlyne, arba lygiagrečiai su jais pas Civiale, Guyon'ą, Albarran'ą — Paryžiuje, pas Zuckerkandl'ą, Fritsch'ą, vėliau Blum'ą, Rubritius'ą — Vienoje ir yra gimę visi tie dideli urologiniai atsiekimai, kuriais mes dabar naudojamės.

O pas mus iš tikrųjų keistas atsinešimas prie urologijos ir jos atstovų ir dabar tebėra.

Kiekvienoje kitoje specialybėje pirmai progai pasitaikius konsultuoja specialistas. Vien tik jo nuomone, metodika, techniškais sugebėjimais, patyrimu ir žinojimu pasitikima. Urologijos atžvilgiu ir čia daroma išimtis. Bet kurio to bei kito urologinio instrumento įvedimo ar rentgeno aparato pritaikymo techniką nugalėjusio nuomonė laikoma lygiaverte su specialisto nuomone. Retai kam ateina į galvą mintis, kad specialisto ir diletanto išvada urologiniais klausimais pagal analogiją su kitomis specialybėmis nėra ta pati ir kad del tokio sugretinimo kartais gaunama tokių padarinių, kurių kai kada negalima ir pataisyti.

Ir nustatant susirgimo su neaiškiais, kartais paslėptais simptomais diagnozę, pagal topografiją arba pagal nuomonę tiriančio gydytojo, tolimo nuo uropoetinės sistemos, manoma apie viską. Išvadai padaryti kviečiamas chirurgas, skrandžio-žarnų specialistas, taikomas kombinuotas tyrimas šitoje paskutinėje srityje, prireikus kviečiamas ginekologas.

Apie urologiją ir jos atstovą arba visai užmirštama arba kreipiamasi į jį praėjus ilgam laikui, kai nieko daugiau nebeliko, su kuo galima būtų konsultuoti, arba kai liga jau bus „išėjusi aikštėn". O jeigu jau ir pasikviečiamas urologas, tai pateikiamas jam tam tikras siauras techniško pobūdžio uždavinys (pvz., kystoskopuoti ir pan.). Šituo klausimu dauguma gydytojų, įsikabinę į senuosius medicinos istorijos lapus, atsilieka nuo gyvenimo. Jau greičiau pagaliau pats ligonis, būdamas vakarų įtakoje, kreipiasi į specialistą urologą šiais stereotipiškais žodžiais: „Esu apėjęs daug įvairių gydytojų ir negalėjau susekti tikros diagnozės". Liūdniausia tat, kad tokiam ligoniui jau buvo padaryta įvairių urologinių manipuliacijų.

Nekalbant jau apie mūsų diagnostinio sugebėjimo diskreditavimą ir ligonių stūmimą į užsienių glėbį, kur esą „visa ko žinovai", vargu ar tokis nusistatymas gali būti naudingas patiems ligoniams.

Žemiau aprašomas būdingas atsitikimas, paimtas iš mūsų gyvenimo, dar kartą parodąs, ar naudinga tat — nežinau kaip pavadinti — išdidžiai pasitikįs savim, niekinąs ar lengvabūdiškai atlaidus nusistatymas urologijai kaip specialybei.

Š. H., vyriškis, 25 metų amž. (lig. istor. 119 nr.), papasakojo štai ką:

Anamnezė. 1926 metais pirmą kartą pajutęs praeinamą skausmą kairiajame šone ir viršutinėje pilvo dalyje iš kairės. Kreipęsis į gydytoją praktiką, kurio buvo nusiųstas pas chirurgą, nes buvęs spėjamas „chirurginio" pobūdžio susirgimas. Chirurgas, išoriškai apžiūrėjęs, įtaręs kairiojo inksto akmenį. Tuo viskas ir baigėsi.

1927 m. pacientas, beeidamas karo tarnybą, vėl susirgęs skausmais kairiajame šone. Gydytojas venerologas padaręs kystoskopiją, bet negavęs jokių teigiamų padarinių. Betarnaujant 1928 m. kariuomenėje ir išėjus iš tarnybos vėl užeidavę tokie patys skausmų priepuoliai, ypačiai po fiziško įtempimo. Kreipęsis iš eilės į du internistu, kurie nenustatę tiks-

lios diagnozės. Gydytojai buvę įtarę, kad čia esama kažkurio skrandžio susirgimo. Vienas iš jų ilgą laiką taikęs atitinkamą gydymą medikamentais ir dieta. Dar vienas konsultuotas chirurgas, pasirėmęs kontrastine žarnyno nuotrauka, įtaręs, kad esama auglio šalia skrandžio iš kairės. Pagaliau, praėjus beveik ketveriems metams nuo pradžios ligos, gydytojai ligonį išsiuntę į užsienius.

Tuo būdu 1930 metais ligonis patekęs į Karaliaučiaus univ-to vidaus ligų kliniką. Čia, padarius intraveninę urografiją, buvęs nustatytas kair. inksto neaiškios rūšies auglys. Po šitos manipuliacijos ligonio t°-ra pakilusi, atsiradę galvos skausmai, taip pat skausmai kair. liumbalinėje srityje ir viršutinėje pilvo dalyje iš kairės. Ligonis Karaliaučiaus univ-to vidaus klinikoje pasitaisęs nuo šitų negalavimų ir, išgulėjęs 3 savaites, išsirašęs. Pertraukose tarp priepuolių ligonis visada jausdavęsis gerai, daug dirbdavęs.

Del periodiškai pasikartojančių priepuolių (jau su galvos skausmais, troškuliu, burnos džiūvimu, bukais skausmais kair. šone, viršutinėje pilvo dalyje) pacientas, patariamas pirmą kartą 1926 m. jį apžiūrėjusio gydytojo, įstojo į mano gydyklą tikslesnės diagnozės išaiškinti ir gydytis (1931. XI. 26 d.).

Status praesens. Abdomen: défense musculaire ++ iš kairės. Neaiškiai apčiuopiamas kairėje rezistentiškumas (auglys?) palpuojant iš pryšakio; sunkiai praeinama pro įsitempusius raumenis. Iš kairės iš užpakalio: Giordano +++. Iš dešinės Giordano nėra. Kas nors apčiuopti iš pryšakio iš dešinės del pilvo raumenų įsitempimo nepavyksta. Visa kita nieko ypatingo. Ypatingo skaudamumo netyrimo metu ligonis nejaučiąs. Vėmulio nėsą. Ligonis pareiškė, kad priepuolio prisiartinimą jisai visada iš anksto nujaučiąs pagal tam tikrus negalavimus.

Šlapimų ir šlapiminės pūslės tyrimas: baltymų 0,1‰, cukraus nerasta; leukocitų 6—12 akiplotyje; eritrocitų 50—70 akipl.; hyalininių cilinderių 5—6 prepar., oksalinių kristalų maža. Visa kita normos ribose. Bakterioskopiškas tyrimas: saprofitų labai retai.

Chromokystoskopiškas tyrimas: suleidus intra venam indigo (5 ccm.), per 2 val. dažai nepasirodė nė vienoje pusėje.

Ureterinis abipusis kateteravimas: šlapimai iš kair. ureterio nusidažę krauju; iš dešin. ureterio šlapimų visai negauta.

Gautųjų iš kair. ureterio šlapimų tyrimas: rūgšti reakcija, baltymų 0,46‰; leukocitų 1—2 akiplotyje, eritrocitų daug; cilinderių ir druskų nerasta. Bakterioskopiškai tbc. bacilų nerasta. Bakteriologiškai — nieko.

Po šito tyrimo kair. šoną skaudėję visą parą.

XI. 27 d. šlapalų (urea) kraujyje = 80 mg%. RR = 110 mm. Hg. Per parą 600,0 šlapimų. Skausmai kair. pilvo pusėje ir šone tebetrunka.

XI. 28 d. Per parą 1.000,0 šlapimų, drumsčių. Lygin. svoris 1014. Dabar skausmai atsiradę jau dešin. šone. Iš kairės pilve apčiuopiamas auglys.

XI. 28 d. Bekontrastinė rentgeno nuotrauka (dr. P. Kalvaitytė), kaip pirmasis tyrimo etapas, parodė štai ką: Abiejų inkstų kontūrai siekia crista oss. ilei; iš dešinės žemiau negu iš kairės. Dešin. inksto viršutinio polio srityje yra apskritos formos šešėlis, rojaus obuolio didumo, ryškesnis negu likusio dešin. inksto šešėlis. (Žiūr. rentgenogramos schemą).

Šitas vaizdas privertė dar kartą patikrinti chromokystoskopijos pagelba inkstų funkciją. Dažai vėl neišsiskyrė nė vienoje pusėje per 12 min.: šlapimai išeina pro orif. ureteris sin., bet ureteris traukinėjasi retai ir tingiai; orif. uret. d. guli visai tartum negyvas; jokios peristaltikos nesimato.

Pasirėmus visais šitais duomenimis, paaiškėjo, kad turimas sunkus abiejų inkstų susirgimas su žymiu abiejų inkstų tūrio padidėjimu ir daugiau iš dešinės negu iš kairės. Todėl teko atsisakyti nuo bet kurių

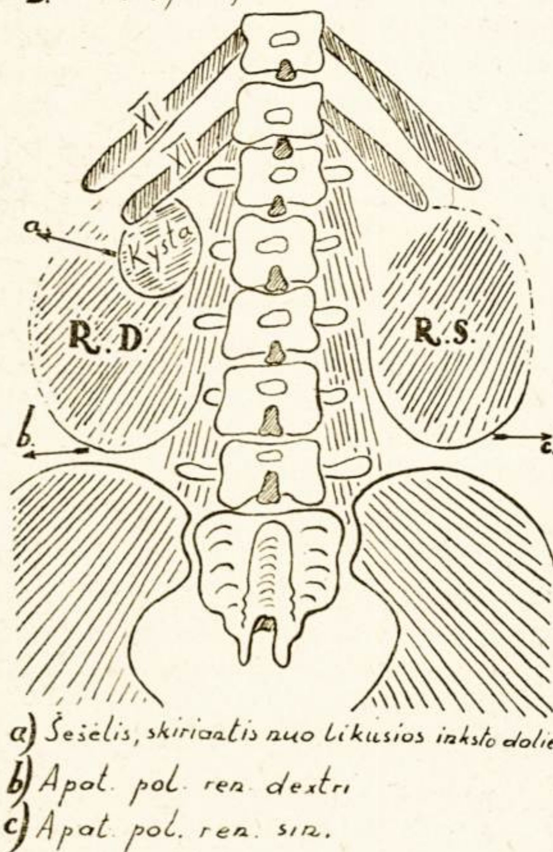
tolimesnių instrumentinių įsikišimų ir nuo kontrasto bet kuriuo būdu įvedimo į organizmą del aiškių kontraindikacijų.

Diagnozė: Degeneratio renum kystica.

Vakare smarkūs skausmai dešin. šone, del ko buvo pavartota narcotica. $T^\circ=38^\circ,1$.

Šlapimai per parą: 1011; baltymų 0,1‰; leukocitų 3—4 akiplotyje, eritrocitų >½ akiplotyje; cilinderių ir druskų nėra. Tbc. bacilų vėl nerasta.

XI. 29 d. Skausmai perėję į kair. šoną. Vėmulio nėra. T° 37,6°. P. = 60. R. R. = 110 mg. Hg. Per parą 1.100,0 šlapimų. Liežuvis apsivėlęs, bet drėgnas; galvos skausmai. Dešin. pilvo pusėje taip pat pavyksta apčiuopti auglys.



Inkstų rentgenogramos schema.

XI. 30 d. Urea = 73 mg.%. T° 37,1°. Indikano kraujyje = 0,07 mg. %. Ksantoproteininis mėginys kraujyje — geltonos spalvos. Savijauta pagerėjo. Skausmai pranyko.

1931 m. XII. 1 d. ligonis išsirašė namo savo noru.

Kadangi ligonis prieš tai buvo tiriamas Karaliaučiaus univ-to klinikoje, kur jo žodžiais buvęs konstatuotas tiktai kairiojo inksto auglys, neilgam laikui praėjus prieš dabartinį jo buvimą mūsų gydykloje, o dabar jau turimas abipusis procesas paskutinėje stadijoje, tai įdomu buvo susipažinti su Karaliaučiaus klinikos duomenimis, kad, pasirėmus ankstybesnio susirgimo periodo liudytojo duomenimis, galima būtų patvirtinti arba atmesti mūsų diagnozė „degeneratio renum kystica". Šita diagnozė dar ne taip seniai paprastai buvo nustatoma ant sekcinio stalo arba buvo randama visiškai atsitiktinai.

Į užklausimą buvo gautas 1931. XII. 12 d. iš Karaliaučiaus univ-to vidaus ligų klinikos šis oficialus atsakymas:

Ligonis Š. tenai gulėjęs 1930 metais nuo II. 26 d. iki III. 19 d. Tenai nustatytas kair. viršutinėje pilvo dalyje lygios konsistencijos, kumščio didumo tumor, mažai judrus kvėpuojant ir davęs ballottement. Intraveninė pyelograma (su kontrastu) parodžiusi kair. inksto proekcijoje beveik kūdikio galvelės didumo, griežtai aprėžtą iš apačios, apskritą šešėlį. Šito šešėlio ribose matomi dar 2 graikiško riešuto didumo šešėliai kair. inksto žemutinio polio srityje. 2-ojoje nuotraukoje praėjus 15 min. po injekcijos aiškiai buvęs matomas padidėjęs kair. inkstas, pasiekęs jau 2 kumščių didumą; jo srityje pastebėti jau 6 apskriti šešėliai. Kitose nuotraukose, padarytose per 6 val. po injekcijos, tat dar aiškiau buvę pasireiškę. Ir 6 val. praėjus po injekcijos vaizdas pasilikęs tas pats. Pasirėmus šitais duomenimis, Karaliaučiaus klinikoje spėję iš kairės hydronefrozę ir difer. diagnostikai atsargoje laikę degeneratio renis sin. kystica. Šlapimų tyrimai tbc. atžvilgiu gauti neigiami. Antrą savaitę ligonio t°-ra staiga pakilusi iki 39°; tat buvę aiškinama bacter. coli infekcija. Keistu būdu po intraveninės uroselectan'o injekcijos auglys kair. viršutinėje pilvo dalyje visiškai nebuvęs apčiuopiamas ir galėjęs būti vėl konstatuotas maždaug tik po 14 dienų. Tiksliai diagnozei išaiškinti ir operatiško įsikišimo reikalingumo laipsniui nustatyti ligoniui buvę pasiūlyta toliau liktis klinikoje, tačiau ligonis atsisakęs ir išsirašęs.

Toks oficialus Karaliaučiaus univ-to klinikos atsakymas, datuotas 1931 m. XII. 12 d.

Apie dešinįjį inkstą visiškai nieko nepaminėta.

1932 metų pavasarį ligonis vėl kreipėsi į mane primygtinai siūlydamas, net griežtai reikalaudamas jam išpjauti kair. inksto auglį arba pašalinti patį inkstą, nes priepuoliai, atsirandą po įtempto darbo, kliudą jam normaliai dirbti. Griežtai man atsisakius operuoti del pavėlavimo ir abipusio proceso, ligonis, netikėdamas mūsų diagnoze, pareiškė, kad jam Karaliaučiuje sakę, kad esąs susirgęs tiktai vienas kair. inkstas, ir Berlyne jam tą operaciją greitai padarysią. Visi mano prieštaravimai ir nurodymai į daug sunkesnę dešin. inksto būklę, kaip nesideriną su tyrimų duomenimis užsienyje, atsimušė į ligonio skepticizmą, kaip į uolą.

Ligonis buvo operuotas Berlyne 1932 m. gegužės mėn. pabaigoje. Į mano užklausimą gautas klinikos atsakymas apie biopsiją skelbė, kad ligonis miręs 1932 m. VI. 2 d. nuo uremijos, pasmarkėjusios nepaisant, kad buvusi padaryta abipusė nephrotomia. Buvusi rasta sunkiausia pyonephrosis bilateralis.

Ligos eigą mes įsivaizduojame šitaip:

Ligonis buvo susirgęs įgimtine liga degeneratio renum kystica. Pirmiausia ji pasireiškusi 20 metų amžiuje, už 6 metų prieš mirtį, 1926 metais, skaudamumu iš kairės viršutinėje pilvo dalyje ir šone. Jau tuomet buvo spėjama ligos lokalizacija uropoetinėje sistemoje (chirurgo laki diagnozė: kair. inksto akmuo?). Deja, smulkiai neištyrus šlapiminių takų nepaisant gerybinės šito slaptai pasireiškusio susirgimo aplinkybės, būtent, pradžioje pasirodžiusių skausmų, išsamiai neištyrus vėliau (nespecialisto atlikta kystoskopija), nepavyko išaiškinti tikrojo susirgimo pobūdžio. Viskas buvo apsupta miglomis ligi Karaliaučiaus univ-to klinikos, nukreipusios savo dėmesį į uropoetinę sistemą.

Už 2 metų ligi exitus'o ir praėjus tiktai 4 metams po pirmųjų ligos reiškinių pasirodymo ne Lietuvoje padarytoji intraveninė urografija parodė smarkiai padidėjusį kairįjį inkstą, kurio kontrastinėje nuotraukoje buvo matomi iš pradžių 2, o vėliau 6 šešėliai (atskiri kystiniai tuštimai). Visas kairiojo inksto auglys jau tuomet (1930 metais) buvo ne gumbuotas, o lygus ir davęs ballottement. Tuo būdu tuštimai, prisipildę skysčio, jau buvo gana dideli. Apie dešinįjį inkstą nebuvo nė žodžio. Vadinasi, jo kontūrai rentgeno nuotraukoje nebuvo matomi, arba jie buvo normalūs, arba į dešinįjį inkstą nebuvo kreipiama dėmesio. Šitais duomenimis pasirėmus, buvo nustatyta diagnozė hydronephrosis sinistra, o diferencinei diagnozei palikta degeneratio renis kystica.

Nežinant dar Karaliaučiaus univ-to klinikos visos tyrimų eigos ir diagnozės (į mūsų užklausimą atsakymas gautas 1931 m. XII. 12 d., ligonis gi iš mūsų gydyklos išsirašė 1931 m. XII. 1 d.), mūsų urologiškų tyrimų, atliktų ligonį atsiuntusio gydytojo akivaizdoje, duomenys mus privedė prie diagnozės degeneratio renum (o ne renis!) kystica, privertę atmesti kitus galimumus, ergo ir hydronephrosis sin. galimumą šiais sumetimais:

1. Jau paprastoje rentgenogramoje, nepanaudojus kontrasto, matomi 2 augliai (tumor'ai) iš abiejų pusių. Pagal vietą ir formą jie atitinka tolygiai padidėjusias inkstų apybraižas. Iš dešinės auglys dar didesnis negu iš kairės. Vadinasi: turimas čia susirgimas yra abišalis, o ne vienašalis.

2. Net dešiniojo inksto nekontrastinėje rentgenogramoje viršutinio polio srityje, matomi pakitimai rojaus obuolio didumo šešėlio pavidalu, įeiną į bendrinę inksto apybraižą, kurie tačiau atsižymį nuo likusio dešiniojo inksto šešėlio (kystinis pūlingas—koncentruotas tuštimas?). Šitas sunaikinimas taip pat nepatvirtina spėjimo tiktai apie hydronephrosis sin. (Karaliaučiuje buvo stebimi dar iš kairės net šeši kontrasto prisipildę tuštimai).

3. Iš dešinės ureterinio kateterio pagelba šlapimų visai negauta; iš kairės — per pusę valandos gauta vos 10 ccm. Vadinasi, dešinėje ekskrecijos visiškai nebebuvo. Matyti, jau nebebuvo ir dešiniojo inksto sekrecijos.

Iš kairės hydronephrosis'o buvimas apskritai buvo nepatikimas, jei turėsime galvoje mūsų urologiško tyrimo duomenis. Visų būdingiausias urologinis simptomas hydronephrosis'ui yra gausus rėčkelėje užsitūrėjusių šlapimų išsiskyrimas, kai ureterinis kateteris pasiekia rėčkelę (kair. ureterinis kateteris buvo įvestas 24 cm. į viršų). Šito reiškinio čia nestebėta.

4. Buvimas sunkaus abipusio susirgimo, patvirtinto inkstų funkciniu mėginiu du kartu įvairiomis dienomis įvedant intra

venam indigokarmino viena vertus; orificium ureteris dextri nejudrumu ir tingiu, retu orif. uret. sin. darbu antra vertus, taip pat kalbėjo prieš vienašalio susirgimo spėjimą.

5. Tarpais pakylanti t°-ra mūsų buvo aiškinama tuo būdu, kad ligonio inkstai buvo perėję į kystų supūliavimo ir nepakankamumo stadiją.

Urologiškas tyrimas toliau parodė, kad ligonio išskiriami šlapimai yra tik kairiojo inksto darbo produktas. Dešinysis gi inkstas mūsų buvo rastas jau išėjęs iš rikiuotės.

6. Mintis apie antrinį hydronephrosis sin. supūliavimą teko atmesti šiais sumetimais: 1) nebuvo duomenų už hydronephrosis (žiūr. 3 p.); iš kair. inksto gautuose šlapimuose nerasta pūlinių elementų, nekalbant jau apie tai, kad supūliavusiam hydronefoziniam, bet dar funkcijuojančiam inkstui (kokiu čia ir buvo kair. inkstas) yra būdinga pūlių pasirodymas iš ureterio angos kuokšto arba pūlinės „kirmėlės" pavidalu, panašiai kaip kremas iš tubos. Viso to čia nebūta, net ir spaudžiant kair. inkstą.

Todėl lieka tik vienintelė išvada, kad čia turima degeneratio renum kystica su antriniu uždarų kystinių tuštimų supūliavimu. Tokia infekcija paverčia kystinius tuštymus į pyonefritinius maišus, susiliejančius tarp savęs, sugriūvant inkstų audinio likučiams.

Prognozė šitoje stadijoje infausta.

Šitą diagnozę patvirtino paskutinė operacija ir kai kurie papildomi duomenys, vėliau gauti iš Karaliaučiaus klinikos (6 kystiniai tuštimai kairiojo inksto kontrastinėje rentgenogramoje, kas mūsų nekontrastinėje nuotraukoje nebuvo matoma).

Paskutinėje savo infekcinio griuvimo stadijoje inksto, sirgusio „chirurgine forma" „degeneratio renis kystica", preparatas, neturint duomenų iš ankstybesnio ligos periodo, nė kiek nesiskiria nuo paprasto pyonefroziškai griuvusio inksto (pvz., del akmenligės ar tuberkuliozės). Pūlių turinčios kystos degeneratio renis kystica atveju gali trūkti į rėčkelę, bet gali ir apsikrepšiuoti. Paskutiniu atveju šlapimuose jokių patologinių elemetų nerandama, kaip tat būta ir mūsų atsitikimu. Bakteriologiškai šituo atveju iš šlapimų nepavyko nieko išauginti. Tuberkuliozinių bacilų nė karto nerasta; taip pat ir akmenų. Vadinasi, atkrito abišalės tuberkuliozinės ar lithiasis'inės pyonefrozės galimumas.

Fedorov šitą vaizdą piešia šitaip:

„Juk degeneratio renis kystica atveju inkstas pjūvyje susidaro iš kaverninio auglio, kuriame esama daug įvairaus didumo tuštimų, atskirtų tarp savęs pertvaromis. Pertvaros susidaro iš sekretuojančio inksto audinio, kuriame kartais eina gana stambios kraujagyslės. Kadangi šitose kystose, be se-

rozinio skysčio, dar esama ir šlapimų sudėtinių dalių, tai galimas čia ir akmenų susidarymas. Šitos kystos gali supūliuoti".

Reikia pabrėžti, kad susirgimo eigoje buvo ne visiškai aiškūs 2 momentai iš to laiko, kada ligonis gulėjo Karaliaučiaus univ-to klinikoje:

1. Kodėl rentgenogramoje nebuvo matoma dešiniojo inksto patologiškų pakitimų?

2. Kaip galima išaiškinti, kad po intraveninės uroselectan'o injekcijos auglys kairėje nebebuvo apčiuopiamas, o antrajai savaitei baigiantis vėl buvo apčiuopiamas?

Del 1. a) Jei vis delto spėsime, kad Karaliaučiuje hydronephrosis'o simptomai buvo ne tiktai iš kairės, bet jau ir iš dešinės, tai kontrastinėje rentgeno nuotraukoje dešinioji rėčkelė būtų aiškiai matoma išplėsta ir pripildyta kontrasto. Kaip kontrastas 1930 m. buvo švirkščiamas uroselectan'o A 100,0. (Kiti preparatai, kaip, pvz., uroselectan B ir kiti, tuomet nebuvo dar pagaminti). Jei išplėstos rėčkelės nebuvo matoma, tai ir klausimas apie hydronephrosis'o, tiek sin., tiek dextra, buvimą atkrinta.

b) Vargu ar Karaliaučiaus univ-to klinikoje apskritai nebuvo kreipta dėmesio į deš. inkstą, nors ir nedavusį tuomet jokių ligūstų reiškinių. Juk, įšvirkštus intra venam kontrasto, rentgeno nuotraukoje matomi abudu inkstai. Rentgenogramos ten buvo daromos ypačiai uoliai, ir serijomis per 6 val. po injekcijos paeiliui jos įgalino matyti atskirus tuštimus kairiajame inkste.

c) Lieka trečias spėjimas. Dešinysis inkstas jau tuomet visiškai nefunkcijavo, būdamas kystiškai degeneravęs, nelabai padidėjęs ir jau nepraleidžiąs kontrasto. Jo padidėjimas del griuvimo prasidėjo ir įvyko per 1½—2 metus, praėjusius nuo buvimo Karaliaučiaus univ-to klinikoje (1930 m. III. 19 d.) — mūsų gydykloje (1931 m. XI. 26 d.) ir Berlyne (1932 m. V—VI mėn.). Dešiniojo inksto pūliškas griuvimas prasidėjo 1931 m. ir tuomet atsirado skausmai dešinėje, lydimi pakilusios temperatūros.

D e š i n i o j o inksto rentgenogramoje kontrasto apskritai nebuvimas Karaliaučiuje galėjo ir neatkreipti į save dėmesio, nes reikia turėti galvoje, kad 1930 metais dar tik urologai empyriškai stebėjo rentgenogramas pavartojus kaip kontrastą uroselectan'ą besimokant daryti išvadas. Pirmą pranešimą apie šitą preparatą ir apie jo įvedimo į organizmo būdą padarė tiktai urologų kongrese Miunchene 1929 m. IX. 29 d. urologas S w i c k (iš L i c h t e n b e r g'o klinikos). Kas gi galima pasakyti apie ne-urologų kompetentiškumą šituo klausimu 1930 metais? Tuomet ir urologai gerai nežinojo visos patologinės reikšmės ne-

buvimo pakankamai matomo kontrastinio šešėlio inksto srityje. Todėl ir tokių „neigiamų" rentgenogramų skaitymas nebuvo dar tobulas.

Del *2.* Šitas reiškinys gali būti išaiškintas smarkiu diureziškų uroselectan'o veikimu, apie ką tuomet dar nebuvo žinoma. Dabar šitą ypatybę urologai kartais panaudoja net inkstų apkrovimo funkciniam mėginiui (pvz., prostatikams). Pasibaigus uroselectan'o diureziškam veikimui ir atsiradus sužalotojo organo pavargimo reakcijai, vėl atsistatė senas inksto nepakankamumo vaizdas ir vėl atsirado auglys (tumor).

Galimas ir atsitiktinis uroselectan'o įtakoje kurio nors kystinio tuštimo tūrio prasiveržimas pro rėčkelę su sekamu iš naujo užsikimšimu, privedęs prie laikinio inksto dydžio sumažėjimo.

Senoji Virchow'o teorija (1855 m.) apie degeneratio renis kystica pasidarymą uždegimiškai retencinio proceso dirvoje atmesta. Maža šalininkų turi ir augliško pobūdžio teorija. Naujausieji tyrimai rodo, kad šito susirgimo priežastimi „yra vitium primae formationis" (Stromberg). Anatomo Rueckert'o tyrimais nustatyta, kad inkstuose kystų susidarymas prasidedąs jau jauname foetus'o amžiuje del išsivystymo sutrikimo. Priminsiu apie literatūroje nurodomus du šitokius galimumus (Puysseleyer):

1. Netaisyklingas susijungimas tarp išvedamųjų latakų ir sekrecinių kanalėlių (Ribbert).
2. Monstrum'o susidarymas, jau įvykus tokiam susijungimui (Herxheimer - Brakeman).

Ir kiti autoriai, k. a. Ali Krogius, smulkiau ištyrė šitų nenormalumų atsiradimą. Nereikia čia painioti įgimtinio hydronephrosis'o, atsirandančio kaip antrinis reiškinys del pasunkėjusio nutekėjimo, ir degeneratio renis kystica, vaizduojančio pirmykštį išsivystymo sutrikimą (negyvai gimusių Tiemann'o tyrimai).

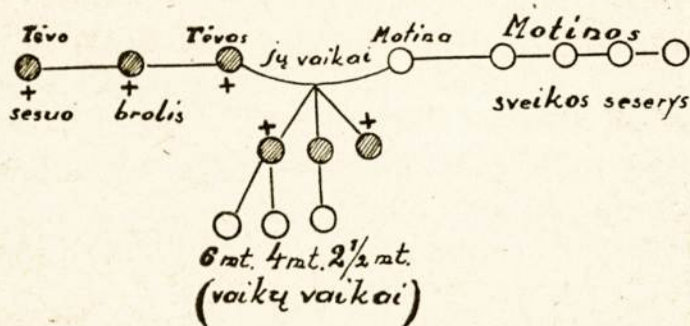
Degeneratio renis kystica paprastai abišalė. Vienašalė pasitaiko tiktai 15%—20% (Cholcov). Ji dažnai lydima ir kitų monstrum'ų (Buinevičiaus atsitikimas). Ečeverry'o aprašytu atsitikimu ir Glisson'o kapsulėje rasta daugybė nukrypusių tulžies latakų, iš dalies susiaurėjusių, iš dalies išsiplėtusių. Visai neseniai patologas anatomas G. Gruber iškėlė centrinės nervų sistemos, inkstų (deg. r. kyst.), kepenų ir kitų liaukų monstrum'ų sutapimo vaizdą, jo pavadintą „dysencephalia splanchnocystica".

Degeneratio renum kystica buvimas pas naujagimį klinIškos reikšmės neturi, nebent akušerijos atžvilgiu, nes tokie kūdikiai gema negyvi arba žūva nuo uremijos pirmosiose savo gyvenimo dienose. Veldinybės teorija, priklausanti Bernet'ui,

urologinėje literatūroje dažnai nurodoma ir, rodos, taip pat jau nesukelia abejojimų. B r a a s h, S c h a c h t (Mayo klinika U. S. A.) jos buvimą nurodo 193 atsitikimų medžiagoje. Jie pataria net priverstinai sterilizuoti tokius asmenis. Iš vokiečių autorių už veldinybę pasisako K a u f m a n n, S t a e h l e r, M a r q u a r d t; iš francūzų — M a r i o n; iš rumunų — T e p o s u, D a n i c i c o; iš amerikiečių — O p p e n h e i m e r, G o r d o n; iš rusų autorių I r g e r'o ir V a s i l e v s k i'o atsitikimu 2 broliai ir 1 sesuo iš tos pačios šeimos sirgo deg. renum kyst. Nėra reikalo išskaičiuoti ir kt. pranešimų.

Tačiau įdomus ir pavaizdus atsitikimas, F u s s'o demonstruotas Berlyno urologų 1932 m. VII. 19 d. susirinkime:

Moteris, 29 metų amž., kreipėsi prašydama ištirti, nes jos tėvas ir broliai sirgę degeneratio renum kystica ir mirę nuo šitos ligos 30—40 mt. amž. Ją pačią kamuoją skausmai šonuose, pereiną iš dešinės į kairę. Ji pasirodžiusi (urologiškai ištyrus) taip pat serganti degeneratio renum kystica. Jos 2½ mt. kūdikis ir jos brolio 2 vaikai (4 ir 6 mt.), tėvams nesutikus, urologiškai nebuvę ištirti. Kliniškų reiškinių šitie vaikai neturėję. Šita degeneratio ligonės paveldėta iš jos tėvo. Aiškiausiai visa padėtis matoma šioje genealoginėje schemoje:



G e n e a l o g i n ė s c h e m a.

1. Užštrichuoti rutulėliai rodo sirgusius šeimos narius.
2. Kryžiukai rodo jau mirusius šeimos narius.

Klausimas apie katros lyties pirmavimą yra ginčijamas. M a r i o n, priešingai negu visi kiti statistikai, teigia, kad šita liga dažniau susergančios moterys.

Apie vieną degeneratio renum kystica atsitikimą Lietuvoje paskelbė „Z. f. Urol." 1933 m. 5 nr. prof. K. B u i n e v i č i u s. Diagnozė buvo nustatyta tiktai skrodimo metu. (Ir mūsų ir prof. K. B u i n e v i č i a u s ligonis buvo vyr. lyties).

Prof. K. B u i n e v i č i a u s atsitikimo ligos istorija ir išvados trumpai suglaudus yra šios:

„1932 m. V. 20 d. atgabentas į Vidaus kliniką ligonis, 39 mt. amž., nusiskundžiąs sunkiu dusuliu, t°-ros pakilimu, silpnumu, galvos skausmais, vėmuliu, skausmais kair. liumbalinėje srityje. Šitie reiškiniai išsivystę per paskutines 4 dienas. Iki tol per 2 mėn. periodiškai užeidavę galvos skausmai ir silpnumas, kurie kliudydavę jam darbą dirbti.

Prieš 4 metus ligonis toje pačioje klinikoje apie pusę metų gulėjęs su diagnoze „glomerulonephritis", kuris išsivystęs rudenį po to, kai jis

nakvojęs ant šlapių lapų krūvos. Po to per 3 metus ligonis buvęs sveikas (!). Tuomet ligonis buvęs demonstruotas del oxycephali'jos (siaura, aukšta kaukuolė, išverstomis akimis; iš mažens matymo sutrikimas del spaudimo ir n. opticus pakenkimas).

Ligonį dabar kamuoja sunki ureminė būklė. Kateterio pagelba paimtuose šlapimuose (500 ccm.) rasta 5‰ baltymų, daug leukocitų. Oedem'os nėra. Krito į akis sunkus kvėpavimas (asthma uraemicum), kliudęs kitiems ligoniams. Palpuojant konstatuotas smarkus jautrumas kair. liumbalinėje srityje ir smarkus pilvo įtempimas iš kairės, jog apčiuopti pilvo organų nebuvo galima (mūsų pabrėžta).

1932 m. V. 22 d. exitus.

Skrodimas: „Abudu inkstai susideda iš didelio skaičiaus pūsliukių, nuo riešuto ligi kaštono didumo, prisipildžiusių gintarinio, tamsiai melsvo, žalsvo, arba tamsiai brūno skysčio. Iš kai kurių narvų pasirodė pūlingas skystis“ (mūsų pabrėžta).

Matyti, paskutinėmis dienomis ir gautas supūliavimas, kuo ir išaiškinami liumbaliniai skausmai, t°-ra ir pūliai šlapimuose. Uremijos priežastimi buvo ne supūliavimas, o jau sveiko inkstų audinio nebuvimas. Stebėtina, kad pasireiškusieji uremijos reiškiniai atsiradę tiktai už 3—4 dienų iki exitus'o. Anksčiau galvos skausmai buvo reti“.

Degeneratio renum kystica (francūzų „gros rein polykystique“, anglų „cystic degeneration of the Kidney“), kaip matoma iš pavadinimo, yra inkstų parenchimos degeneracijos procesas, progresuojąs iš lėto. Pjūvyje tokis inkstas turi medaus korių išvaizdą.

Kai dar neseniai buvo manoma, kad tikra diagnozė gali būti nustatyta tiktai skrodimo metu, tai paskutiniu laiku ligos simptomų ir kliniškų duomenų studijavimas, urologiškai diagnostinės technikos pažanga ir atitinkamas patyrimas įgalino intra vitam su dideliu patikimumu padaryti spėjimą apie degeneratio renum kystica net tuomet, kai ligos simptomai dar nėra pasidarę gresiantys gyvybei. Svarbiausią vaidmenį čia vaidina funkcinė inkstų diagnostika, ureterių kateterizacija ir panaudojimas rentgeno spindulių, kurių duomenys turi būti teisingai suprasti. Šitame teisingame rentgeno nuotraukos ir viso ligos vaizdo įvertinime ir glūdi teisingos diagnozės nustatymo garantija. Taip pat vaidina vaidmenį ne paprastas techniškas to bei kito urologiško tyrimo atlikimas, bet veiksmų metodiškumas ir išvadų logiškumas. Šito reikalavimo peržengimas, skubotumas, neapgalvotumas diskredituoja visą urologijos kaip mokslo pasiekimų vertingumą.

Neįsigilinant į paprastų šitos ligos simptomų aprašymą, kuris smulkiai įvairiais variantais išdėstytas vadovėliuose, vis delto reikia sustoti ties kai kuriais punktais, turinčiais tą bei kitą reikšmę.

Nors tokie tyrinėtojai, k. a., Letulle ir Verliac, arba Bircher, ir nedaro patogenezinio skirtumo tarp degeneratio renum kystica ir inkstų kystų, vis delto kliniškai šitie

susirgimai turi įvairią prognozę, įvairią eigą ir jų operatiško gydymo metodės yra įvairios.

Vad. solitarinė inksto kysta (P a u t i e n i o atsitikimas, „Medicina“ 1938 m. 11 nr.) yra vieninis auglys, išsivystęs viename inksto polyje, pasak F e d o r o v'o, dažniau žemutiniame, kartais iškiloje inksto pusėje. Tokios kystos turinys yra serozinis arba kraujinis; paskutinis, kaip ištemptoje kystoje kraujagyslių ištempimo padarinys. Nustatant principinę diagnozę, inksto kystinio pobūdžio auglio diferencinė diagnozė svyruoja tarp hydronephrosis, echinococcus. Jisai išsprendžiamas turint galvoje atitinkamus specialius urologinius tyrimus ir šlapimų duomenis, o taip pat kraujo reakciją. Solitarinė kysta paprastai esti vienašalė, auga iš lėto, nėra rimtas susirgimas, nėra pavojinga gyvybei, nes dažniausiai ji yra gerybinė. Pareinamai nuo topografijos ji duoda tuos bei kitus bendro pobūdžio simptomus, paprastai nesusisiekdama su rėčkele. Būdama viršutiniame inksto polyje, ji spaudžia diafragmą; būdama žemutiniame polyje, ji duoda tam tikrus reiškinius iš skrandžio-žarnų pusės. Kartais atsitinka kraujavimas pro rėčkelę; tuomet tikslus urologiškas tyrimas išaiškina klausimą. P a u t i e n i o atsitikimu išsamus urologiškas tyrimas nebuvo padarytas.

Degeneratio renum kystica, būdama abišaliu inkstų audinio susirgimu, paverčia inkstus į eilę didelių ir mažų kystų, tuo būdu sumažindama kiekybiškai ir kokybiškai inkstų parenchimą ir vesdama inkstus į nepakankamumą, o dažnai ir į kystinių tuštimų supūliavimą.

Šito proceso, einančio lėtai ir sudarančio, priešingai negu kysta solitaria renis, didesnį pavojų gyvybei, pasireiškimas paslėptas nuo gydytojo akių ligi to momento, kai įvyksta inkstų funkcijos sutrikimas arba inkstų tūris (priešingai negu hydronephrosis) t o l y g i a i padidėja.

Urologijai tapus atskira disciplina (Francūzijoje), mes pasistūmėjome pirmyn šito susirgimo supratime. Dar A l b a r a n ir I m b e r t pastebėjo, kad degeneratio ren. kystica kliniška eiga gali būti įvairi, ir, pasirėmę savo grynai empyriškais stebėjimais, surado šito proceso eigos 3 įvairius tipus:

1. Typus morbi Brighti su galvos skausmais.
2. Ureminė forma be nuolatinių galvos skausmų.
3. Chirurginė forma be galvos skausmų.

Šitas praktiškas suskirstymas patvirtinamas urologiškais stebėjimais ir ligi šiol, nors pavadinimas „chirurginė forma“ jau yra pasenėjęs.

Priešingai negu glomerulonefrito, patologai anatomai deg. ren. kyst. atsitikimais neranda kairiojo širdies skilvelio hipertrofijos.

RR., kuris senuose vadovėliuose degeneratio ren. kyst. atvejais buvo randamas pakilęs, toli gražu nevisada esti padidėjęs. Taip, B r a a s h - S c h a c h t (U. S. A.) padidėjusį RR. rasdavę tik 60% atsitikimų; o C h w a l l a's atsitikimu, net esant 12⁰/₀₀ baltymų, spaudimas buvęs nepadidėjęs; RR. spaudimas nebuvęs padidėjęs net vieninio inksto deg. ren. kyst. atveju (B l a t t'o atsit.) arba pyonefrozinių pakitimų atveju proceso pabaigoje (C h w a l l a). Paskutinis stebėjimas buvo patvirtintas ir mūsų atsitikimu (RR. = 110 mg. Hg.). Pasitaikantį RR. padidėjimą, esant nepakenktai inkstų funkcijai degeneratio renum kystica atveju, kai kurie aiškina atsitiktine kombinacija su esencialine hipertonija. Nepastovus yra ir retinitas (vad. retinitis albuminurica).

Ir priešingai, pasak C h w a l l a's, atsidavusio šitam klausimui ištirti, RR. padidėjimo reiškinys visada lydi anuriją, nephritis hypertonica. Pasak V o l h a r d'o, RR. padidėjimas, be rečiausių išimčių, esąs nuolatinis „nephrosclerosis maligna" palydovas.

Degeneratio renum kystica atveju haematuria buvo stebima tiktai 33% atsitikimų (B r a a s h U. S. A.). B u i n e v i č i a u s atsitikimo aprašyme, deja, duomenų apie RR. nėra. Kai del smarkių skausmų pilvo srityje, o taip pat įtempimo raumenų iš kairės — iš pryšakio, tai šitie reiškiniai nesiderina su paprastos glomerulonephritis chronica vaizdu. Beveik galvos skausmų nebuvimas ligi paskutinių ligos dienų, ligos išsivystymas tik per paskutines 3—4 d., oedem'os nebuvimas — verčia priskirti prof. B u i n e v i č i a u s atsitikimą prie Albarran'o 2-osios grupės. Ir B u i n e v i č i a u s atsitikimu dalis kystų jau buvo rastos supūliavusios. Jeigu ne uremija, tai ateityje ir čia būtų buvęs gautas pyonephrosis'o vaizdas, kaip ir mūsų atsitikimu.

Turint galvoje šito lėtai einančio proceso pasireiškimo įvairumą, čia auglio pavidalu, čia inkstų dieglių pavidalu (mūsų atsitikimas), čia vyraujant nefritinio pobūdžio reiškiniams (B u i n e v i č i a u s atsit.), kartais lydint šlapimų pakitimams, kartais—ne, pareinamai nuo susirgimo stadijos ir varianto, bus aiškūs sunkumai, kuriuos turi jausti praktikas gydytojas arba nespecialistas susidurdamas su tokiu ligoniu.

Praeityje aprašyta daug degeneratio ren. kystica atsitikimų, atrastų visiškai atsitiktinai. Tačiau jie ne visi yra tipiški ir kitais diagnostiniais spėjimais. Taip, P f ä h l e r'io aprašytu atsitikimu būdavę skrandžio skausmai, visai nesusiję su maisto priėmimu; naktimis būdavę nedideli skausmai. Diagnozė buvo nustatyta: blužnies auglys. Operuojant rasta degeneratio ren. kystica.

Antras atsitikimas: ileus su uremijos simptomų kompleksu. Operacija. Exitus. Skrodžiant rasta degeneratio ren. kystica. Dauguma kystų buvo prisipildę šviesiai gelsvo skysčio (M i r o n o v'o ats.).

P l a c c o atsitikimu būta į ileus'ą panašių reiškinių. Jokių kliniškų reiškinių iš uropoetinių organų pusės nebuvę. Pilve apčiuoptas apelsino didumo auglys. Uropoetiniai organai nebuvo tikrinti. Apsirėžta skrandžio-žarnų latako tyrimu rentgeno spinduliais, panaudojus bario kontrastą. Operuojant rasta inksto kystų.

Iš to, kas aukščiau yra pasakyta, aiškėja, kad, viena, ligonio interesais yra reikalingas kiek galima ankstybesnis diagnozės nustatymas; antra vertus, toliau procesui pasistūmėjus, lengviau nustatoma ir diagnozė, nes atsiranda tų bei kitų naujų ligos simptomų. Tačiau ir šituo paskutiniu atveju daroma diagnostinių klaidų, nes pražiopsomas paslėptos degenertio ren. kystica buvimo galimumas, kurios klaidos atitaisomos operacijos ar skrodimo metu. Degeneratio ren. kystica diagnozė dauguma atsitikimų gali būti nustatyta, tik ilgai stebėjus ligonį. Ypačiai ji sunki, kai inkstai atrofiški ir neapčiuopiami. D i a g n o z e i n u s t a t y t i l a b a i y r a s v a r b u s a b i š a l i o s u s i r g i m o f a k t a s (F e d o r o v). Todėl dar kartą tenka pabrėžti, kad šitą dalyką gali nušviesti tiktai specialus m e t o d i š k a s u r o l o g i š k a s t y r i m a s a t i t i n k a m o m i s u r o l o g i š k o m i s a p y s t o v o m i s. Juk negalima laikyti normaliu diagnozės pastatymą apnuoginus ir atidarius organą arba jį pašalinus, kas abišalio proceso atveju dažnai nulemia ligonio likimą. Todėl ir buvo tokis mirtingumas, kai apčiuopus auglį iš vienos pusės ir radus jį išeinant iš inksto intra operationem, nesirūpinant būsimu antrojo inksto likimu, nežinant apie paslėptą abišalį procesą, darydavo nefrektomiją. Artimiausioje ateityje tokis ligonis žūdavo del antrojo inksto nepakankamumo, kurio funkcija operacijos metu nors galėjo būti ir pakenčiama.

Degeneratio ren. kystica A l b a r r a n'o 1-osios ar 2-osios grupės atsitikimais, turinčiais chroniškojo nefrito eigą, dažniausiai patekusiais į internistų rankas, žinoma, apie specialų urologišką tyrimą visų mažiausia galvojama, kaip kad matome B u i n e v i č i a u s atsitikimu. Tačiau savo straipsnyje prof. B u i n e v i č i u s pats priduria apie nedarytą kystoskopiją, nors jau tiktai tuomet, kada ligonis sunkioje būklėje buvo antrą kartą atgabentas. Ir tai kalbama tiktai apie kystoskopiją. Vargu ar paskutinė pati savaime būtų davusi ką-nors konkretaus klausimui išaiškinti. Tiktai specialiuose skyriuose, kur vyrauja urologiškas nustatymas ligonių atžvilgiu, paskutiniai daugiausia turi šansų, kad trumpiausiu laiku jiems bus pri-

taikyti visi tie reikalingi sudėtingi technikos ir laboratorijos atžvilgiais tyrimai, kurie ir garantuoja maximum tikslumo urologinėje diagnostikoje. Aišku, kad bendriniuose skyriuose, kur kartu guli įvairių rūšių ligoniai, tat techniškai yra sudėtinga. Šituo požvilgiu mes ir matome pažiūrų skirtumą tarp internistų ir chirurgų iš vienos pusės ir urologų iš antros. Paskutiniai mano, kad visi uropoetinės sistemos susirgimai (ne tiktai aiškiai chirurgiško pobūdžio), analogiškai su kitomis specialybėmis, koncentruotini specialiuose urologiniuose skyriuose, su sąlyga, žinoma, kad skyriaus pryšakyje stovės specialistas urologas, o ne turi būti apsirėžta davimu kiekvienu atskiru atsitikimu urologui pagal iniciatyvą iš šalies tam tikro siauro techniško pobūdžio uždavinio.

Mūsų atsitikimu pasireiškus simptomams po metų padarytasis atskiras urologinis veiksmas (kystoskopija) ir dar dermatologo vargu ar padėjo tiksliai nustatyti diagnozę. O juk jau tuo laiku buvo priepuolio pobūdžio skausmai viename šone ir kair. viršutinėje pilvo dalyje.

Kadangi degeneratio renum kystica nesustabdomai veda prie atitinkamų organų griuvimo, tai, be moksliškos pusės, atsiranda dar praktiškas klausimas, ar taip jau svarbu anksti nustatyti šitos ligos diagnozė. Į tai reikia atsakyti štai kas:

Prieš pradedant urologiškai tirti, iš anksto juk apskritai nežinoma, su kuo mes susidursime. Jau del to ieškotina susirgimo esmės. Be gydytojų profesijos autoriteto atitinkamoje aukštumoje palaikymo, glūdinčio diagnozės teisingame nustatyme ir šito netiesioginės reikšmės ligonio aplinkiniams, kurie kartais turi, o kartais nori žinoti apie ligonio likimą, iš statistikos mes žinome, kad daugelis tokių ligonių susilaukia garbingo amžiaus. Veiksnys, kuris padeda susilaukti gilios senatvės, yra atitinkamų organų taupymas: pirmųjų dviejų A l b a r r a n'o grupių atvejais — dieta ir atitinkamu gyvenimo būdu; 3-iosios (chirurginės) grupės atveju — pašalinant ligūstus reiškinius ir perspėjant infekcijos išsivystymą. Svarbiausias ligonių kontingentas tenka 30—50 metų amžiui ir vėliau. Šitie ligoniai paprastai gyvena neatsisakydami nuo daug ko jiems žalingo, kaip ir visi sveikieji, išskyrus priepuolių periodą, neturėdami supratimo, kokiame pavojuje jie yra atsidūrę. Ir jeigu laiku sužinosime ligos esmę, tai gydytojo uždavinys yra įgalinti ligonį išgyventi ligi kiek galima vėlybesnio amžiaus su kuo mažiausiu ligūstumu.

Be to, šitas susirgimas reikalinga pažinti ir del diferencinės diagnostikos sunkumų. Neužmirština, kad ir degeneratio ren. kystica atveju gali komplikuotis akmenimis ar tuberkulioze, o taip pat pūlinga infekcija, kas užtamsina pagrindinį susirgimą (Z e i s s'o atsitikimu uratiniai akmenys, nematomi pa-

prastoje nuotraukoje, buvo nustatyti tiktai kontrastinėje nuotraukoje, kaip degeneratio ren. kystica komplikacija).

Ir jei pirmosios 2 Albarran'o grupės palaikomos kaip tos bei kitos nefrito formos, tai tame nelaimės dar nebus, nes gydymas vis vien bus tas pats. Tačiau trečiajai grupei tat ne taip. Čia laiko praleidimas gali duoti labai pavojingų padarinių, kaip tat atsitiko mūsų aprašytuoju atsitikimu.

Operatiška pagelba tuo metu, kada abu inkstai jau yra supūliavę, yra beviltė kaip kad ir mūsų atsitikimu. Vienintelė dar galima tokiuo atveju operacijos rūšis yra nephrotomia. Bet ir ji neišgelbsti nuo uremijos padarinių.

Tokiais atvejais, kai supūliavimo dar nėra ir kai skausmai tik vienoje pusėje, simptomiškai dar galima padėti. Radikalaus pagydymo, žinoma, nėra.

Ir jei prof. Buinevičius savo „Vidaus ligų vadovėlyje" (Moskva) rašė šituo klausimu: „Gydymas paliatyvus. Operacija kontraindikuojama, nes beveik visada būna pakenkti abudu inkstai", tai dabar galima sutikti su šitais žodžiais, išskyrus klausimą apie operaciją.

Yra daug konservatiškai operatiško pobūdžio pasiūlymų, kurie praktiškai — a) išgelbėtų pacientą nuo periodiškų skausmų, b) atitolintų supūliavimo momentą ir c) sulėtintų degeneracijos procesą. Prie jų priklauso paprastoji nephropexia, kurios tikslas yra šalinti spaudimo reiškinius del padidėjusio organo sunkumo (dekapsuliacija paprastai negalima del suaugimų), ir kystų atidarymas (Fedorov). Oppenheim ir Gordon (U. S. A.) iš 23 taip operuotųjų gavę tik 4 mirties atsitikimus. Paskutiniu laiku pasiūlyta kystų nuo turinio išlaisvinimo operacija ignipunctur'os būdu (Payr). Šita operacija taip pat konservatiška ir aseptiška; jos dėka sudaromos palankios sąlygos inkstui sumažėti, del ko net pagerėjąs organo darbingumas. Josios sėkmingumą patvirtina Gironcoli, patikrinęs inkstų funkciją prieš ir po šitos operacijos.

Nephrektomia, pasiūlytoji pirmą kartą 1882 m. (Bardenheuer, Bergmann) ir Lejar'o 1888 m. pritaikoma tik vienašalio proceso atveju (tat tuomet buvo nustatoma operacijos metu pro peritoneum'o plyšį apčiuopiant antrąjį „sveiką" inkstą), Albarran'o dar 1896 m. palikta tiktai vienašalių, komplikuotų ir gresiančių gyvybei simptomų atveju, kaip ultimum refugium.

Nukrypta į konservatiškų operacijų pusę po 1905 metų (Sieber'o darbas). Jų indikacijos aprėžtos. O nephrektomia nustumta visai į užpakalį del abišalio pobūdžio susirgimo.

Todėl ir yra taip svarbi ankstyba diagnozė, kad, turėdami prieš save subjektyvius reiškinius iš vienos pusės, susivilioję „auglio" diagnoze, nepadarytume del to nephrektomia, o pas-

kui atsidurtume prieš degeneratio renum kystica siurprizą. Tokie atsitikimai buvo nereti. Tuo ir aiškinamas anksčiau buvęs didelis pooperacinis mirtingumas. Šitokios operacijos netikslingumą, matyti, ir turėjo galvoje prof. Buinevičius savo knygoje (1910 m.).

Mūsų straipsnio tikslas yra nukreipti gydytojų, ypačiai jaunesniosios jų kartos, dėmesį į tai, kad urologijos specialybė turi teisę būti savarankia, kas ypač diagnostikos klausimais yra tokia pat svarbi ir rimta medicinos mokslo šaka, kaip ir atsiskyrusieji kiti chirurgijos poskyriai. Šito ignoravimas nieko gero nelemia.

Dar šiais metais išėjo prof. Janssen'o veikalas „Diagnostik u. therap. Indicationsstell. bei den chir. Erkrankungen d. Harnwege". Šitos knygos išleidimo priežastim, autoriaus žodžiais, esą būtinumas supažindinti ypačiai jaunuosius gydytojus su didėjančia urologinės chirurgijos reikšme. Autorius kasdien pastebįs, kad į praktikos gyvenimą išeinantieji gydytojai nestovį pakankamoje aukštumoje šitos reikšmės supratime. Taip dažnai kreipiasi į specialistą ligonis, kuriam jau nebegalima padėti; o savo laiku nustačius teisingą dignozę, tat dar būtų galima. Kaip pavyzdžius autorius nurodo į urophtisis'o ir gland. prostatae pakitimo pavyzdžius. Mūsų atsitikimas prof. Janssen'o pavyzdžius tegali tik papildyti dar viena sunkaus susirgimo rūšimi.

Prof. Janssen toliau sako: „Urologinė chirurgija visada bus mokslo šaka, reikalinga ypatingų pastangų ir laiko. Visi urologiniai tyrimai darosi vis sudėtingesni ir produktyvesni. Todėl iš praktiko gydytojo reikalaujama ligi tam tikro laipsnio nužymėti diagnozės galimumas ir žinoti, kuriuo būdu urologinė chirurgija gali padėti, ir laiko negaišinti".

Mums tenka tiktai prisidėti prie autoriaus nuomonės, išplečiant jo mintį: „ne tiktai urologinė chirurgija, bet ir visi urologiniai veiksmai reikalingi stropumo, įsigilinimo, taigi, ir laiko".

Nustatyti urologinę diagnozę — tat reiškia išspręsti algebrinį uždavinį. Norint ją teisingai išspręsti, reikia turėti atitinkamus įrengimus atskiram, neskubiam, ramiam ir mąsliam darbui. Mes galime būti laimingi, kad tokie uždaviniai spręsti pasidarė galima ir būtų neprotinga atsisakyti išnaudoti šitą galimumą teisinga prasme ir laiku.

LITERATŪRA.

1. Baetzner: Die Diagn. d. chir. Nierenerkrankungen.
2. Braash, Schacht: Ref. „Z. Urol." 1934 m. 5 nr.
3. K. Buinewitsch: „Z. Urol." 1933 m. 5 nr.
4. Cholzov: Urologija. Leningrad.
5. Chwalla: „Z. Urol." 1934 m. 11 nr.
6. Ečeverry: Ref. „Z. Urol." 1934 m. 12 nr.

7. E. Fuss: „Z. Urol." 1933 m. 5 nr.
8. Fedorov: Chirurgija poček, močetočnikov. Leningrad.
9. Gironcoli: „Z. Urol." 1934 m. 4 nr., ref.
10. Greenberg, Brodny Robins: „Amer. J. Surg." 1934 m. Febr.
11. G. Gruber: „Z. Urol." 1937 m. 31 nr.
12. Irger et Wassilewski: „Urologija". 1934 m. 2 nr.
13. M. Kaufmann: „Z. Urol. Chir." 1932 m. 34, H. ¾.
14. Lazarus: „Urol. Revue". 1934 m. 38 nr.
15. O. Maier: „Z. Urol. Chir." 1935 m. 41. I.
16. A. Mironov: „Urologija", 1934 m. 1 nr.
17. A. Noszkay: „Z. Urol. Chir." 1932 m. 35, H. ¾.
18. Oppenheimer, Gordon: „Am. Surg." 1934 m. 100.
19. Parin: „Z. Urol. Chir." 1933 m. 37 nr. H. ½.
20. Pfähler: „Z. Urol. Chir." 1933 m. H. ¾.
21. Puysseleyer: „J. d'Urologie", 1936 m. 41 nr.
22. Stähler: „Brun's Beiträge", 1934 m. 159.
23. G. Steinberg: „Arch. f. klin. Chir." 168. H ¾.
24. Teposu et Danicico: „Rev. Rom. urol." 1935 m. 2 nr.
25. A. Tiemann: „Z. Urol. Chir." 1933 m. 36, H. 5/6.
26. Walters, Waltmann, Braasch: „Am. J. Surg." 1934 m. 58 nr.
27. Weidner: „Z. Urol." 1938 m. 5 nr.
28. Wolff et Donat: „Z. Urol. Chir." 1937 m. 43, 4.
29. Zeiss: „Z. Urol." 1935 m. 4 nr.

AUTOREFERAT.

Es wird die Meinung verteidigt, dass die Urologie als selbstständige Disciplin, der alle Erkrankungen des uropoetischen Systems angebören, auch in Litauen anerkannt werden muss. Der Autor bedauert, dass die Urologie in Litauen leider noch nicht ihrer Würde entsprechende Stellung einnimmt. Als Beispiel wird ein Fall der degeneratio renum kystica vorgeführt. Die Diagnose wurde nur nach 6 Jähr. Wandern des Kranken bei verschiedenen Aerzten, die keine Aufmerksamkeit dem urologischen Gebiet geschenkt haben, gestellt. Die Königsb. Univ. Klinik (für innere Krankh.) lenkte zuerst ihr Augenmerk auf die linke Niere. Der Fall wurde endlich in Litauen vom Urologen gründlich untersucht u. aufgeklärt. Die später ausgeführte beiderseitige Nephrotomie zeigte eine vollständige Vereiterung der beiden Nieren. Der Fall exitierte wegen Uraemie nach der Operation. Der Mann war 26 J. alt.

Dr. O. Pūdymaitis.

Masažas*)

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas — prof. K. Buinevičius; prof. P. Gudavičiaus skyrius).

Masažas yra seniausioji terapijos forma. Masažuojant vartojama mechaniška energija. Masažui naudojama: gydytojo ranka arba mechaniškai dirbantieji aparatai. Pacientas, masažuojamas, turi laikytis visai pasyviai.

Geriausiai ir tiksliausiai masažuoti gali tik gydytojas, nes tik jis geriausiai žino topografiškai anatominę kūno dalių pa-

*) Medžiaga vadovėliui „Bendrinė terapija".

dėtį. Bet galima masažas pavesti ir išmokytam pagelbiniam personalui, bet ir tada tik gydytojo prižiūrimam ir prisilaikančiam jo nurodymų. Visai netikslus ir kartais net gyvybei žalingas yra masažas, atliekamas neišmanėlių, vad. „šundaktarių“, kai imamasi, pvz., masažuoti hernia incarcerata arba ūminis cholecystitas. Toks masažas yra draustinas.

Kas siekiama masažuojant? Apskritai: išjudinami ir varomi toliau audinių skysčiai, kraujas ir lymfa. Be to, atpalaiduojami suaugimai, suminkštinami audinių sukietėjimai. Nuvargusiuose raumenyse prisirenka žalingų medžiagos apykaitos produktų, kurie masažuojant išvaromi.

Masažo technika.

I. Ligonio paruošimas. Pacientas turi būti patogiai paguldytas arba pasodintas, raumenys neturi rodyti jokio įtempimo.

Paciento oda turi būti švari, nes masažuojant galima į odą įtrinti bakterijų ir del to gali pasidaryti pyodermia. Jei oda plaukuota, tai plaukai reikia arba nuskusti (bet dažnas odos skutimas taip pat odą dirgina ir daro ją daugiau linkusią infekcijoms), arba reikia ji gerai ištepti vazelinu arba apibarstyti pudra — talku. Jei oda švari, neturi plaukų, galima vazelino ar pudros ir nevartoti, — dažnai paties paciento oda arba ir gydytojo ranka ne tiek jau sausa, kad negalima būtų ir nesinaudojant vazelinu masažuoti.

Jei paciento odoje yra žaizdų, fistulių, furunkulų ir t. t., tai tos vietos reikia jodinuoti, apdengti ir, žinoma, jų nemasažuoti.

II. Gydytojo (masažisto) pasiruošimas. Prieš masažuojant gerai nuplautinos rankos, kad pacientui nebūtų įtrinta infekcija. Niekas neturi kliudyti (rankovės), turi būti patogi padėtis. Ir, žinoma, gerai žinotinas masažo tikslas.

Atskiros kūno dalies masažas trunka 10—15 minučių, viso kūno masažas (Ganzmassage) — 20—30 minučių. Po kiekvieno masažo masažuojamam duodama 10—30 minučių iki 1 val. pasilsėti.

Masažo rūšys.

1. Braukymas (streichen, effleurage);
2. trynimas (reiben, friction);
3. maigymas (kneten, petrissage);
4. bilsnojimas (stuksenimas) (klopfen, tapotement);
5. vibracija.

Masažuodamas gydytojas, pagal reikalą vartoja arba tik vieną iš šitų rūšių arba kombinuoja keletą.

1. B r a u k y m a s yra masažo seniausioji, pirmykštė forma. Tur būt kiekvienas, būdamas vaiku, susimušdavo, gaudavo gumbą, mėlynę ant kaktos. Tada motina paprastai su valgomuoju šaukštu prispaudžia ir brauko tą vietą, ir skausmai mažėja. Instinktyviai ir čia pasiekiamas susitelkusiųjų skysčių (kraujo) išsiskirstymas.

„Braukoma“ šitaip: ranka (delnu žemyn) padedama ant kūno dalies ir braukoma r a d i a l i u rankos kraštu, ir būtinai iš periferijos centro link (centripetaliai), niekuomet centrifugaliai. Tat yra visų masažo formų dėsnis. Braukymo ritmas (dažnumas): maždaug 4—5 kartus per minutę. Braukoma v i e n o d u tempu, centripetaliai, paskui ranka pakeliama ir vėl dedama prie tos vietos, kur buvo pradėta — ir vėl braukiama ta pačia linkme. Niekuomet ranka neturi ilgiau sustoti vienoje vietoje, nes: 1) audiniai suspaudžiami ir 2) del to nuolatinis skysčių judėjimas sustoja (stasis).

Gydytojas (masažistas) masažuoja paprastai dešiniąja ranka, bet gal būtų geriau, jei jis būtų „ambidexter“, nes tada jis galėtų keisti rankas ir ne taip greit pavargtų.

Braukymo tikslas, kaip jau minėta, yra išjudinti, varyti audinių ir kraujo bei lymfos indų skysčius.

Kurias masažo rūšis bevartotume, tačiau kiekvienas masažas reikia pradėti ir baigti tik braukymu. Nes braukymas masažo pradžioje atpalaiduoja raumenų įtempimą, o masažo pabaigoje išvaro iš audinių ir kraujo bei lymfos indų ten susitelkusius (iš masažuotų raumenų) medžiagos apykaitos produktus.

2. T r y n i m a s, kita masažo rūšis, yra artima braukymui. Čia masažuojama tik (2—4) pirštų galais, judesiai čia sukamieji (kreisende Bewegungen). Galima vartoti ir kumštys, pvz., ant pilvo, kada, veikiant vėdarinę žarną, norima pašalinti vidurių užkietėjimas (obstipatio spastica ir atonica). Ir „trinant“ siekiama atpalaiduoti arba padaryti laisvesni įvairūs suaugimai ir pakitimai (randai).

3. M a i g y m a s. Čia dirbama abiem rankomis. Minkštosios dalys iškeliamos truputį į viršų (kad būtų laisvesnės) ir sučiupti audiniai judinami, tartum skalbėja išgręžia šlapius baltinius. Ir paeiliui vis čiumpama naujos audinių dalys. Ir čia siekiama: audiniai (raumenys) padaryti laisvesni (neįtempti), išspausti (arba nors mobilizuoti) ten susitelkusieji medžiagos apykaitos produktai ir atpalaiduoti suaugimai, suminkštinti randai.

4. B i l s n o j i m a s (s t u k s e n i m a s). Čia naudojami abiejų rankų u l n a r i n i a i kraštai. Ir šita masažo rūšimi pasiekiama audinių judrumas ir skysčių išjudinimas. Čia pravartu būtų paminėti dar ir vad. „plekštelėjimas“ su visu delnu.

Tuo sudaroma dirginimas (Reiz), kada, pvz., norima atgaivinti sąmonės netekęs žmogus.

5. Vibracija. Šita masažo rūšis atliekama šitaip: rankas sulenkus per alkūnių sąnarius ir pirštus kiek praskleidus, lengvai paliečiamas kūnas (n. trigeminus šakos, n. occipitalis ir t. t.) ir smulkiais, greitais pirštų galų mušimais horizontaliai arba vertikaliai paveikiamos reikiamos kūno vietos. Masažuotojo rankos, vartojant vibracijos masažą, labai įtemptos, smulkiai dreba, vibruoja. Rankos greit pavargsta, — todėl vibraciniam masažui dažniau vartojami tam tikri vibraciniai aparatai. Vibracija — tat lyg ir smulkus „bilsnojimas". Tokių greitų smulkių bilsnojimų (mušimų, stuksenimų) sumacija gerai persiduoda į kūno gilumą.

Kartotinai pabrėžtina, kad kiekvieno masažo atveju reikia masažas pradėti ir baigti tik braukymu.

Kiekviena masažo rūšis turi vykti centripetaliai. Masažuojant krūtinės ląstą ir pilvą, turėtini galvoje lymfinių indų išsišakojimai šitose vietose; čia yra 4 centrai: gl. axillares sinistrae et dextrae ir gl. inguinales sinistrae et dexrae. Skyrimo riba: lengvai gaubta žemyn horizontalė linija bambos aukštumoje. Tuo būdu masažuotina: kairioji krūtinės pusė link kairiosios pažasties, dešinioji — link dešiniosios pažasties; tat pat liečia ir pilvo sritis aukščiau bambos. Pilvas žemiau bambos masažuojamas atitinkamai link kairiųjų ar dešiniųjų kirkšnių.

Kad kūno dalys būtų dar daugiau palaidesnės (mažiau įtemptos), reikia pirmiau kūnas (arba jo dalis) sušildyti, arba masažas atliekamas ir tiesiog šiltoje vonioje, arba po šiltu dušu. Rusų pirtyse vartojami „vieniki" yra ne kas kita, kaip empyriškai surastas masažo būdas.

Viso kūno masažas. Ir čia pradedama masažuoti nuo periferinių kūno dalių (galūnių) einant toliau į centrą (širdies link). Nemasažuojamos tik moterų krūtys (arba turi būti tam jau specialios indikacijos) ir abiejų lyčių genitalia. Tik specialiai gynekologinėje praktikoje vartojamas kartais makščių (vaginos) masažas (su gyvsidabrio pripildytu instrumentu — kolpeurynter'iu).

Po masažo kūnas arba jo dalys apmazgojamos, arba gerai aptrinamos.

Kaip masažas veikia sveikus audinius?

Oda mechaniškai valoma: mirusios celės ir odos sekreto liekanos pašalinamos; tuo būdu skatinamas jaunų epitelinių celių prieauglis. Cutis'o sluoksnyje padaugėja fibroblastų; elastometeris rodo elastingumo padidėjimą. Ir riebalinių celių

odoje turinys po masažo sumažėja, tuo būdu perspėjamas porų užsikimšimas.

Odoje (cutis'o ir subcutis'o sluoksniuose) esantieji kraujo bei lymfos indai, masažuojant, ištuštinami; jie subliūška, bet greit vėl prisipildo, tuo būdu kraujas nutraukiamas iš aukščiau gulinčių kraujo sričių, širdžiai palengvėja darbas. Kapiliarinių indų išsiplėtimas ir venų ištuštinimas ypač palengvina darbą perdaug apkrautai širdžiai. Kraujospūdis mažėja. Kraujo apytakos „centriniam motorui" (širdžiai) ateina į apgelbą „pagelbiniai motorai" (periferijoje).

Viso kūno masažas, pagreitindamas kraujo ir lymfos judėjimą, gali pašalinti ir cyanozę ir edemas. Širdies darbui palengvėjus, pranyksta ir dyspnoe. Ypač gerai veikia masažas įsisenėjusius sunkius kraujo apytakos sutrikimus.

Poodinė narveliena po masažo darosi laisvesnė, judresnė ir oda gali geriau apdengti raumenis. Ir raukšlės po masažo geriau išsilygina.

Masažas veikia ir riebalų susitelkimus odoje, bet tas veikimas yra tik tarpinis: riebalai pranyksta ne del to, kad masažuojant jie gal sutrinami ir nuvaromi, bet del to, kad po masažo padidėja ir pagyvėja apskritai visa medžiagos apykaita.

Ypačiai masažas veikia r a u m e n i s. Kinta jų medžiagos apykaita. Nuvargimo medžiagos išvaromos į kraujo ir lymfos indus; ten jos neutralinamos arba perdirbamos. Ergografas po masažo rodo didesnį raumenų pajėgumą. Reikia pastebėti, kad po masažo raumuo ne hipertrofuoja, bet del geresnės kraujo apytakos (po masažo) skatinamas jo augimas, ir galima net perspėti raumens atrofiją. C a s t e x savo bandymais įrodė, kad, perpjovus motorinį nervą abiejose galūnėse, tos pusės, kuri buvo masažuojama, raumenys neatrofavo, o antrosios, nemasažuotos, pusės atrofavo.

Ir l i a u k o s po masažo padidina savo sekreciją. Jei šuniui, pvz., masažuosime gl. parotis, tada tučtuojau padidėja seilių išsiskyrimas.

Masažuojant (vibraciniu masažu) nugaroje inkstų sritis, pastebėtas gausingesnis šlapimų išsiskyrimas. Galima įsivaizduoti, kad inkstų smėlis, arba net ir mažesni įstrigę akmenukai masažuojant gali būti lengviau išvaryti. Po viso kūno masažo stebima padidėjęs išskiriamų azotinių produktų kiekis.

Masažas veikia ir r e f l e k s i š k a i. Masažuojant (bilsnojimu, vibraciniu masažu) krūtinės ląstą, lengviau išsiskiria bronchų sekrecija, matyti, del vagus'o ir symphaticus'o dirginimo. Toks pat geras veikimas stebimas ir rhinitis nervosa (Heufieber), migrenės ir kt. atvejais. Masažas kaip dirgina-

moji priemonė gali veikti ir net giliai esančius vidaus organus. Po masažo (dirginimo) audiniuose neabejotinai atsiranda arba mobilizuojamos aktyviosios medžiagos.

Masažo indikacijos ir kontraindikacijos.

Viena iš svarbiausių masažo indikacijų yra uždegimai, tik ne ūminėse savo stadijose, bet uždegimui jau baigiantis. Eksudatai, infiltracijos, randai, suaugimai, taip pat kraujo išsiliejimai. Ūminėje uždegimo stadijoje masažuoti negalima. Didžiausia klaida būtų masažuoti ūminis apendicitas, cholecystitas ir pan. Po masažo atsiranda leukocytozė, kuri padeda rezorbuoti ir toliau transportuoti žalingas medžiagas.

I. Visam kūnui masažuoti yra šios indikacijos: silpnumas rekonvalescencijoje, paprastos chroniškosios anemijos, chroniški kraujo apytakos sutrikimai, nutukimas, nemigas, neurozės, psichozės.

Kontraindikacijos: kai yra palinkimas kraujuoti, trombams; inkstų ligos. Staigūs, sunkūs susirgimai, infekcinės ligos, karštis, sužalojimai.

II. Vietiniam masažui yra šios indikacijos:

1. Traumos padariniai (seroziniai arba hemoraginiai išsiliejimai, audinių regeneracija, randai).
2. Uždegimo padariniai (eksudatai, suaugimai, randai, padėties pakitimai).
3. Neuritai (ischias), neuralgijos.
4. Raumenų ir sąnarių reumatas („myogelozės“).
5. Prostatos padidėjimas (tik ne prostatos abscesas!)
6. Obstipatio, meteorismus, splanchnoptosis.
7. Širdies raumens silpnumas.
8. Angina pectoris ir angiospazmai.
9. Asthma ir bronchitis sicca.
10. Vietinės neurozės (haemicrania, rhinitis vasomotorica — Heufieber).

Didelės reikšmės masažas įsigijo sporte: 1) masažuojama ruošiantis rungtynėms (Vorbereitungsmassage); 2) masažuojama rungtynėms pasibaigus, norint pašalinti žalingus produktus (Entmüdungsmassage); 3) masažuojama laisvomis nuo treniruotės dienomis (Zwischenakts- oder Trainingsmassage); tat plačiai vartojama ypač Suomijoje.

Masažas, gimnastika, sportas yra tik maža fizikalinės terapijos plataus kurso dalis. Fizikalinė terapija panaudoja visas mums tuo tarpu žinomas energijos rūšis ir siekia toliau išaiškinti dar ir nežinomas mums energijos formas. Elektromagnetiniame energijos spektre daug energijos formų jau paaiškėjo, bet didžiulės sritys dar lieka terra incognita. O gal kaip tik

šitos „tuščios“, mums dar nežinomos, sritys duos mums dar veiklesnius terapijos ginklus? Fizikalinė terapija apima šias sritis (sekant elektromagnetinį energijos spektrą):

1. Masažas, gydomoji gimnastika, sportas.
2. Elektroterapija (galvanizacija, faradizacija, arsonvalizacija, diatermija, trumpųjų elektrinių bangų terapija, Ultrakurzwellen).
3. Termoterapija ir hidroterapija.
4. Šviesos terapija (saulė, ultravioletiniai spinduliai, kvarco lempa, solux).
5. Rentgenoterapija.
6. Radiumas.
7. Klimatoterapija (dykuma, jūra, kalnai).

Fizikalinės terapijos reikšmė didelė, betgi ne tik terapijai, o ir profilaktikai (užsigrūdinimas, rachitas, ortopediniai susirgimai) ir funkcinei diagnostikai. Daugelyje valstybių (U. S. A., Argentinoje, Belgijoje, Italijoje, S. S. S. R., Vokietijoje ir kt.) fizikalinės terapijos kursas studentams esti privalomas, yra praktiški kursai ir egzaminai.

Fizikalinės terapijos kursas yra platus, jis reikalingas teorinio pasiruošimo (fizika, chemija, fiziologija, biologija, patologija, klinika) ir gero praktiško stažo. Visas kursas turėtų būti dėstomas specialaus docento, lygiai kaip ir psichoterapija, turėtų būti savarankiška, atskira medicinos mokslo šaka. Ir vienas ir antras kursas įsprausti į bendrus rėmus (bendrinė terapija) yra netikslu: pačiam docentui iš to būtų maža naudos, nes jisai nebus nei vieno, nei antro kurso specialistas. O studentai turės iš to dar mažiau naudos, jų žinios bus visai paviršutiniškos, miglotos.

Literatūra:

1. Grober: Was heiszt und zu welchem Ende studieren wir Physikalische Therapie. „Med. Kl.“ 1930, 18 nr.
2. Grober: Physikalische Therapie. Vadovėlis. Jena. 1934.
3. Zabludowski - Eiger: Technik der Massage. Leipzig. 1911.
4. Kohlrausch: Massage. Therapie inn. Krankh. Jena. 1926.
5. Plačiau literatūra — Grober: Physikalische Therapie.

Priedas.

Elektromagnetinis energijos spektras.

Iliustracijai: jei kūnas darytų 1.000.000 virpėjimų per sekundę, tai jam būtų reikalinga 1.270.00 metų padaryti tiek virpėjimų (bangavimų), kiek jų padaro rentgeno spindulys (15 oktavos) per vieną sekundę.

Masažas Judamoji terapija (gimnastika, sportas). Pneumoterapija (kvėpavimo gimnastika).	ir t. t. 37 36	Mechaninė energija.
Elektroterapija (galvanizacija, faradizacija, arsonvalizacija, diatermija).	35 ↑ iki ir t. t. 14	Elektriniai spinduliai: nuo 12—13 iki 35 oktavos. (35 oktavos bangos ilgis siekia jau $27^1/_2$ kilometrų).
	13 12 11 10	Trumpųjų bangų elektriniai spinduliai (3 oktavos) > 1 mm.
Termoterapija **Hydroterapija**	9 8 7 6 5 4 3 2	Šiliminiai arba infraraudonieji } spinduliai ($8^1/_2$ oktavų). Bangų ilgis 7800 Å — 1 mm.
Šviesos terapija	1	Šviesos spinduliai (1 oktava), bangų ilgis 7800 Å — 3600 Å.
Chemoterapija (farmakoterapija, toksikologija).	2 3 4	Cheminiai arba ultravioletiniai } spinduliai (3 oktavos). 3600 Å — 1000 Å.
	5 6 7 8 9 10	Cheminiai spinduliai dar trumpesnių bangų. Bangų ilgis iki $\frac{13}{1.000.000}$ (1000 Å — 100 Å).
Rentgenoterapija	11 12 13 14 15	Rentgeno spinduliai (100 Å — 0,01 Å).
Radiumas	16 17 18	Radioaktyviųjų kūnų spinduliai (0,01 Å—0,005 Å)
	19 20 ir t. t.	Ultragamma — spinduliai, „durchdringende Strahlung". Kilmė: Paukščių takas?

$$1 \text{ mikronas} = \frac{1}{1000} \text{ mm.}$$

$$1 \text{Å} = \frac{1}{10.000.000} \text{ mm.} \quad \text{Å (Angström)}$$

Dr. V. Juškys.

Ulcera gonorrhoica praeputii atsitikimas.

Tiriant opas jų diferenciacijos atžvilgiu kai kada reikia būti ytin atsargiam, norint nepražiopsoti ulcus mixtum atsitikimų. Šitoje vietoje noriu priminti, kad tokiais atvejais nereikia pamiršti dar ir kitokios kilmės venerinių opų, būtent tokių, kurių priežastimi yra gonokokai. Kad esama ir tokių opių, nevenerologai ne visada žino, o todėl tariu pravartu bus tatai čia priminti.

Sakytosios kilmės opos stebimos ir moterims ir vyrams; gal dažniau jos tenka stebėti moterims ant jų išvidinių lytinių lūpų dalių, arba ant portio vaginalis. Vyrams tokios opos dažniausiai randamos ant varpos galvelės, raukų (praeputium'o) ir analinėje srityje. Bet tokios rūšies opų pasitaiko ir toliau nuo lytinių kūno dalių. Taip, gonorėjinės kilmės opą Fulton aprašė ant žasto; Hristu — ant pėdos paviršiaus; Kingsbury — ant kelio.

Gonorėjinės kilmės opos savo išvaizda nieko specifiškai būdingo neturi. Čia jos paplokščios, mažai pūliuoja, šiek tiek induruotos, neparaustais kraštais; čia vėl jos panašios į herpes, į kietojo šankerio, o dažnai ir į minkštojo šankerio opas. Opų kraštai čia lygūs, paplokšti; čia vėl dantyti. Opų forma irgi gana įvairi: apskrita, apvali, arba netaisyklinga. Jų didumas kiekvienu atveju gali būti įvairus — nuo adatos galvutės iki penkių centų monetos diametro. Kai kurios iš šitų opų neskaudamos, o kai kurios gerokai skaudamos. Taigi, atrodo, kad opos diferenciacijos tikslams lieka vienas kelias — mikroskopiją, o taip pat kultūra. Mikroskopuojant gonorėjinės kilmės opą gonokokai randami be jokių sunkumų — jų ten daug.

Turint tatai galvoje, noriu papasakoti apie vieną tokį mano pacientą, kurį savo privačioje praktikoje esu turėjęs pernai.

Pac. K., 35 mt. amžiaus, valdininkas. Gonorėja serga jau III kartą. Kiekvieną kartą gydydavosi trumpai — po 2—3 savaites, ir, tvirtina, išsigydydavęs. Uretroje ir dabar nieko ypatingo nepastebėjęs. Į mane kreipėsi del opų, kurios pacientui atsiradusios prieš 2 savaiti ir kurių jam pačiam nusigydyti nepavyko.

Status praesens. Išoriškai išvidiniame raukų krašte ir frenulum ribose yra daug apskritų, kiek infiltruotų, bet neturinčių būdingos kremzlei induracijos, opų. Opų kraštai ne visai lygūs — kiek parausti, padengti pūlių. Opos paviršius nelygus, lyg ir grūduotas. Raukai sudirginti. Kartotini mikroskopiški tyrimai nei spirochaete pallida, nei streptobacilų Ducrey'o nerasta. Be jokio vargo rasta gonokokų, kurie iš pradžių buvo nudažyti methylenblau'u, o paskui patvirtinti ir Gram'o būdu.

Liaukos kirkšnyse šiek tiek padidėjusios, kietokos; liaukų odos paviršius neturi inflamacinių pažymių.

Gavęs tokių duomenų, ėmiausi tikrinti uretrą, kuri davė visai mažą kiekį vos išspaudžiamo gelsvo sekreto. Ir čia be ypatingo vargo radau

gonokokų. Tikrindamas toliau, dar konstatavau chron. prostatitą. Šlapimuose rasta siūlelių.

Taigi, buvo aišku, kad turiu chron. gonorėjinės infekcijos atsitikimą, kuri kažkodėl davė gonorėjines varpos ir raukų opas.

Ulcus molle ir ulcus durum reikia atmesti, kadangi tatai nepasitvirtino mikroskopuojant; WaR. buvo neigiama ir vėliau tikrinant; opos pasidavė išgydomos su sidabro preparatais per porą savaičių; bubono, kurio ulcus molle atsitikimu galėjau laukti, čia negavau; ulcus molle, sidabru gydomas, nepasiduoda, reikalingas ilgo (dažnai ne mažiau kaip 1 mėn.) gydymo.

Būdinga, kad po kelių gydymo dienų nei opose, nei uretroje daugiau gonokokų neradau. Žinoma, tatai nereiškia pagijimo, ką rodė kitas kliniškas ir mikroskopiškas vaizdas, o todėl pacientas buvo gydomas toliau, iki pasveiko.

Dar vieną panašų atsitikimą (ulcera praeputii gonorrhoica) man teko stebėti 1936 mt., bet apie jį plačiau nerašysiu.

AUTOREFERAT.

Es wird berichtet über einen Fall von Ulcera gonorrh. praeputii.

LITERATŪRA:

1. Prof. Dr. L. Arzt, prof. K. Zilert ir kt.; Die Haut u. Geschlechtskrkh. 1935 mt.
2. Handbuch d. Haut-u. Geschblechtskrnh. 1916 mt.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

5. W. Thiele (Rostokas): **Ligos, kurios gali sukelti perniciozinę anemiją.** („D. m. W." 1938 m. 42 nr.; ref. „Ars Medici" 1938 m. 1 nr.).

Skrandžio fundus'e ir pilorinėje srityje liaukos gaminančios enziminės medžiagas („Castle-Ferment" arba „intrinsic factor"), kurios veikiančios kaulų smegenis ir centrinę nervų sistemą. Šitų enzimų stoka sukelianti perniciozinę anemiją (anaemia perniciosa). „Castle-Ferment'o" stoka esanti achilijos atveju. Achilija atsirandanti del specifinių skrandžio liaukų organinio nepakankamumo, kurį sukeliąs chroninis gastritas, išsivystąs iš ūminio eksudatyvaus gleivinės uždegimo. Ir jei tik esanti konstitucinė dispozicija, tai iš ūminio gastrito išsivystąs chroninis, paskui atsirandanti achilija ir galop perniciozinė anemija. Dažnai gastritą sukeliančios infekcinės ligos, o, pvz., typhus ir dizenterija esą priežastimi chroninio gastrito ir, nuo jo išsigimus skrandžio gleivinei, atsirandanti achilija ir perniciozinė anemija. Chroninių infekcinių ligų atveju neretai atsirandąs ir chroninis gastritas, pvz., maliarijos, syfilio, tuberkuliozės atvejais. Plaučių tuberkuliozės atsitikimais dažnai būną subaciditas, anaciditas arba achilija. Chroninės židininės infekcijos (chroninis tonzilitas, dantų infekcijos, paranazalinių tuštimų susirgimai, chroninis apendicitas ir t. t.) galinčios sukelti gastritą su jo visais padariniais. Skrandžio operacijos taip pat esančios kal-

tininku perniciozinės anemijos. Diabetes mellitus taip pat veikiąs skrandį. 25—50%' diabetikų turį anaciditas arba achiliją. Dažnai perniciozinė anemija sutinkama hypertireozių ir myksedemos atvejais. Skydliaukė tiesiog veikianti erytropoezę. Kartais perniciozinė anemija pasitaikanti nėštumo metu, tačiau ne nėštumas pats sukeliąs šitą anemiją, bet jis tik prisidedąs prie kitų žalingų veiksnių.

N. Indrašius.

6. H. Boehnhard (Karaliaučius): **Ulcus'o diagnozė vyrams.** („Deut. med. Wschr." 1938 m. 39 nr.).

Palpuojant visiškai atpalaidavus raumenis ulcus'o sritį, katras nors pautas pakyląs į viršų. Hinrichs teigiąs, kad palpuojant ulcus ventriculi arba duodeni sritį dažniausiai pakyląs dešinysis, o pancreas susirgimo atveju — pakyląs kairysis pautas. Autorius šitą refleksą išmėginęs su 50 ligonių, kuriems paskui ulcus buvęs patvirtintas rentgenologiškai. Kartais ulcus'o atveju pakyląs ne dešinysis, bet kairysis pautas. Šitas Hinrichs'o simptomas esąs pastovus ir vertingas. *N. Indrašius.*

7. P. Ducas et P. Uhry: **L'ictère chez les diabétiques.** („La presse méd." 1939 m. 2 nr.).

Icterus su diabetu būnąs dažniausiai jau senesniems ligoniams, kurie yra peržengę 5-tą dešimtį metų. Ten icterus patogenezė esanti labai įvairi — cirozė, tulžies akmenys, hepatitas ir t. t. Jauniems stebima retai, nes jų diabetas sunkesnis ir jų todėl esą mažiau. Autoriai stebėję 3 atsitikimus vaikų ir jaunų žmonių diabeto su icterus. Iš savo patyrimų ir iš surinktos literatūros jie parodė, kad ir jaunų žmonių icterus esąs įvairios kilmės. Jo negalima priskirti kuriam nors kepenų susirgimui, kuris pareitų vien nuo diabeto. Icterus metu pablogėjanti tolerancija cukrui; todėl reikią duoti didesnių insulino davinių. Insulinu pašalinama ir acidozė, kuri atsirandanti komos arba praecoma metu. O tokie stoviai lengvai atsirandą, nes gydymui tenką duoti dideli cukraus daviniai. Icterus trunkąs 4—8 savaites. Autorių stebėtais atsitikimais diabetinio stovio pablogėjimo po pagijimo nebuvę, nes buvę galima grįžti prie buvusios dietos ir insulino davinių be ligotų reiškinių. *A. Čeičys.*

8. Med. d-ras J. Kupčinskas (Kaunas): **Zur Frage der Arhythmia absoluta.** (Arhythmia absoluta klausimu) („Münch. med. Wschr." 1939 m. 6 nr.).

Arhythmia absoluta dažniausiai pasitaikanti prieširdžių virpėjimo atveju, bet kartais pasireiškianti ir prieširdžių sklezdėjimo atsitikimais. Griežtos ribos tarp prieširdžių virpėjimo ir sklezdėjimo nėsą. Kai prieširdžiai per minutę susitraukia apie 300 kartų, tada sakoma, kad esąs prieširdžių sklezdėjimas; o kai prieširdžiai per minutę susitraukia daugiau kaip 400 kartų, tada esąs prieširdžių virpėjimas. Pastaruoju atveju prieširdžiai nebefunkcijuoją, o prieširdžių sklezdėjimo atveju prieširdžiai susitraukią daugiau ar mažiau taisyklingai — kas 2—5 prieširdžių sudirginimus atitinkąs vienas skilvelio susitraukimas.

Prieširdžių virpėjimas randamas šių susirgimų atsitikimais: 1) mitralinė stenozė, 2) koronarinė sklerozė, 3) įvairūs širdies nepakankamumo atvejai, 4) hypertyreozė. Kartais pasireiškianti laikinė tachyarytmija del staigaus nervų sukrėtimo, esant kuriems nors širdies organiškiems negalavimams. Visais atsitikimais esą persijaudinę prieširdžiai, ir del šito pavienės prieširdžių raumens skaidulės nekoordinuotai susitraukiančios ir taip pat nekoordinuotai atsipalaiduojančios.

Prieširdžių virpėjimo atveju skilvelių susitraukimų dažnumui sumažinti vartojamas digitalis. Sumažėjus skilvelių susitraukimų dažnumui, širdies veiklai pagerėjus ir nėsant kontraindikacijų, gydymas digitaliu nutraukiamas ir paskiriamas chinidinas. Vartojant chinidiną panaikinamas prieširdžių virpėjimas, bet šitokia terapija nevisuomet galima pritaikyti: ligoniui del ilgai trunkančio prieširdžių virpėjimo galį būti susidariusių

trombų, kurie, pagerinus širdies veiklą, galį sukelti emboliją. Prieširdžių sklezdėjimo atveju embolijos pavojus esąs žymiai mažesnis, tačiau dažnai nepavykstą su medikamentų pagelba sumažinti prieširdžių susitraukimų dažnumo. Gydant stengiamasi pradžioje su didelėmis digitalio dozėmis prieširdžių sklezdėjimas paversti virpėjimu, kuris terapijai esąs žymiai prieinamesnis. Kai digitalio terapija nieko nepadedanti, tada vartotinas chinidinas, kuris taip pat galįs neveikti.

Autorius aprašo įdomų atsitikimą, kai negrynas prieširdžių virpėjimas trumpu laiku buvęs nugalėtas.

Ligonė A. P., 31 metų amžiaus, buvusi į kliniką atgabenta su paroksyzminės tachykardijos priepuoliu, kuris prasidėjęs prieš dvi dieni. Rasta: arhythmia absoluta, tvinksnis 160 kartų per minutę. Keturias dienas davus nedideles digitalio dozes, žymiai sulėtėjęs tvinksnis ir buvę girdimi širdies viršūnėse systolinis ir diastolinis ūžesiai. Tvinksnis likęs aritmiškas. Širdies tyrimo duomenys rodę, kad esą stenosis et insufficientia mitralis. Digitalis buvęs nutrauktas ir paskirtas chinidini sulfur. à 0,6 kasdien. Taip gydant keturias dienas negauta pagerėjimo; ketvirtosios dienos vakare tvinksnis buvęs labai aritmiškas kaip ir pirmiau. Tą naktį ligonė mačiusi mirštančią moterį. Ji labai nusigandusi ir visą naktį nebegalėjusi užmigti. Rytą ligonė dar tebebuvusi susijaudinusi, bet širdies mušimas jau buvęs retesnis ir ritmiškas. Ligonės sveikatos stovis tuojau pagerėjęs ir ji išsirašiusi namo.

Parade aprašęs vieną atsitikimą, kai sveikam žmogui, pamačiusiam gatvėje mirštantį, atsiradusi tachyarhythmia. Jo nuomone tokį stovį galinčios sukelti tiek psichinės, tiek fizinės traumos. Autoriaus aprašomu atsitikimu buvę kaip tik priešingai: del susijaudinimo bei išgąsčio dingusi arhythmia absoluta ir staiga pagerėjęs sveikatos stovis, nors ligonei buvęs sunkus širdies organinis susirgimas.

Galop autorius daro išvadą, kad širdies veikimas, sudirginus nervus, galįs nukentėti, bet išgąstis ir jo išprovokuotas sustiprėjęs savisaugos instinktas galį paveikti ir teigiamai. *N. Indrašius.*

9. A. Jores ir H. Strutz: **Normalaus ir patologinio kraujo sėdimo 24 val. ritmikos tyrimai.** („Dtsch. med. Wschr." 1936 m. 3 nr.).

Autoriai tam tikru mikrosedimetru tyrę kraujo sėdimo greitį ištisos paros metu ir nustatę būdingas sėdimo greičio atskiromis valandomis kreives. Normalaus sėdimo vidutinė paros kreivė maksimumą pasiekianti apie 16 val. ir žemiausiai krintanti anksti rytą 4—6 val. Vidutinis maksimumo ir minimumo skirtumas esą 2,4 mm. Patologiškai pagreitėjusio sėdimo kreivė esanti panaši, tik minimumas būnąs kiek anksčiau — apie 2 val. Vid. skirtumas didesnis — 10,5 mm.

Sėdimo paros kreivei neturinti įtakos skrandžio motorika, kaip tat buvę manoma anksčiau. Taip pat neturįs reikšmės bet koks darbo ir poilsio laiko paskirstymas. Tą pačią parą įvairių pacientų sėdimo kreivės būnančios panašios, tuo tarpu vieno paciento kelių parų kreivės būnančios skirtingos. Tat leidžią įtarti kažin kokius kosminius, gal visą organizmo ritmiką tvarkančius, faktorius.

Šitie tyrimai rodą, kad praktiškai nesvarbu tyrimui imti būtinai nevalgiusio paciento kraujas, svarbu tik paėmimo laikas, nes atskirų valandų greičio skirtumas siekiąs 54%, tuo būdu tas pats 10 mm. sėdimas rytą vertintinas kaip patologinis, o vakare laikytinas normaliu.

P. Baublys.

VAIKŲ LIGOS.

2. Hofmeyer, Körnig: **Neišnešiotų naujagimių auginimas.** („Kinderärztl. Prax." 1939 m. 1 sąs.).

Per pastaruosius 3 metus auginti 149 neišnešioti kūdikiai. Mirtingumas buvęs 22,8%; o atėmus mirusius per 24 val. nuo gimimo, tik 14,8%.

Auginimui ypač svarbu tinkamas izoliavimas nuo infekcijų, termoregulacijos priežiūra ir atsargus maitinimas moterišku pienu, palyginti mažais kiekiais. Skyriuje turimi 6 dvigubi boksai, kiekvienas 4,7 kvad. m. grindų ploto. Prižiūrinti sena prityrusi sesuo. Del stropios priežiūros visiškai nepasitaiką viršut. alsavimo takų katarinių infekcinių ligų. Maitinama šviežiu pienu; šutintas pienas jo negalįs pakeisti, todėl būtina žindytoja. Maitinama pipete, buteliuku, zondas nereikalingas. Reikią 10— 15 maitinimų per parą, pienas piltinas pamažu lašais. Pieno duotina nedaug, daug gaudamas kūdikis neaugąs; sumažinus kiekį, kartais galima gauti svorio augimas. Gerai paskatinamas augimas pridėjus 1½—1 gr. plazmono. Galima ir primaitinti iš pradžių pasukomis, vėliau greitai pereinant į pusės ar $^{2}/_{3}$ karvės pieną. Kasdien prie maisto pridedama ir askorbininės r. (C-vitamino). Prieš anemiją profilaktiškai neduodama. Taip pat vigantolis, kvarco švitinimai skiriami, tik pasireiškus rachito simptomams. *P. Baublys.*

3. G. Ramon: **La vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique et la prophylaxie de la diphtérie.** („Presse méd." 1938 m. II, 1049 p.).

Pats Ramon, dar 1923 m. atradęs ir pranešęs apie anatoksiną, po 15 mt. vertina difterijos anatoksino įtaką susirgimų dažnumui, mirtingumui ir profilaktinę reikšmę. Iki šiol Prancūzijoje įskiepyta apie 3 milijonai vaikų. Š. Am. J. Valstybėse, Kanadoje plačiausiai skiepijama. Iki 1935 m. viename Niu-Jorke įskiepyta daugiau kaip milijonas. Pietų Amerikoje, Afrikoje ir kituose žemynuose tat labai paplitęs apsaugos būdas. Europoje iš karto plačiai imta skiepyti Italijoje. Šveicarijoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Rumunijoje tas skiepijimas privalomas. Iš viso esą įskiepyta apie 12 milijonų vaikų. Metodė ilgainiui patobulinta. Daromos dvi injekcijos, 1 ir 2 ccm. per 3 savaites, ir gaunamas pakankamas antitoksinų kiekis. Vienkartinis skiepijimas patogesnis, bet ne tiek sėkmingas. Nazalinė aplikacija taip pat mestina. Didžiulė pasaulinė medžiaga leidžianti spręsti apie metodės vertę. Ypač Toronto, Niu-Jorko, Paryžiaus statistika parodžiusi, kad plečiantis skiepijimui labai sumažėjęs mirtingumas. Tat privertę daugelį valstybių taip pat ir Prancūziją įstatymu įvesti difterijos anatoksinų skiepijimą.

P. Baublys.

CHIRURGIJA.

4. Priv. Doc. Dr. Endre Kubanyi (Budapestas): **Ein wichtiges Kriterium des Operationszeitpunktes bei blutendem Magengeschwür.** („Zbl. Chir." 1938 m. 47 nr. 2595 p.).

Padaręs literatūros apžvalgą tuo klausimu ir pasirėmęs savo 11 metų patyrimais, autorius nurodo, kad skrandžio opos kraujavimui stabdyti, be kitų priemonių, esanti geriausia kraujo transfūzija. Po skrandžio opos pirmojo kraujavimo autorius skrandžio rezekcijos nedarąs. Esant skrandžio kraujavimui, tuojau po kraujavimo būtinai darytina kraujo transfūzija. Pasikartojus kraujoplūdžiui, prieš darant skrandžio operaciją, būtinai pakeltina, jei buvo mažiau, raudonųjų kraujo kūnelių iki 3 milijonų kraujo transfūzijomis ir kitomis priemonėmis. Prireikus daromos kartotinės kraujo transfūzijos. Jei rentgenologiškai nustatyta, kad kraujuojančioji opa yra rezekuoti galimoje zonoje, tai skrandžio rezekcija daroma neatidėliojant, kol ligonis nenusilpęs. Po pasikartojusio kraujavimo, nėsant rentgenologiškų ir kliniškų tyrimų, davus reikalingų vidinių vaistų ir padarius kraujo transfūziją, autorius pataria nedelsiant intervale daryti skrandžio rezekcij. *K. Gudaitis* (Klaipėda).

5. Dr. med. Hans Kast (Ciurichas): **Über eine neue Idee zur Fixation der Querbrüche u. Pseudoarthrosen.** („Zbl. Chir." 1938 m. 47 nr. 2.600 p.).

Nurodydamas tai, kad lūžusio kaulo kyliavimas (Bolzung) šiandien chirurgijoje jau esąs plačiai prigijęs, autorius mano, kad esąs pagrindas nurodyti, kad kaulo kyliu nebūtų imamas svetimas kaulas, bet iš paties paciento sveiko kaulo. Darant įprastu būdu lūžusio kaulo kyliavimą, sukišamas kaulo kylys į lūžusio kaulo smegenų tuštymą; kartu čia sunaikinamos lūžusio kaulo smegenys, kas be abejo turį neigiamai atsiliepti lūžusio kaulo gijimui. Autorius siūlo kylius dėti tik į lūžusio kaulo kaulinį sluoksnį, neliečiant kaulo smegenų. Autorius turi sukonstruavęs tam tikrą aparatą, su kuriuo galima tiksliai išgręžti fragmento galų kauliniuose sluoksniuose atitinkamos kyliams skylės. *K. Gudaitis* (Klaipėda).

6. Prof. Dr. K. Boshamer: **Ueber die chirurgische Behandlung des Magenulcus u. die Voraussentzungen ihres Erfolges.** („M. m. W." 1939 m. 3 nr. 92 p.).

Kadangi vis dažniau pasirodą nusistatymų prieš operatyvų skrandžio opos gydymą, autorius sutinka, kad anksčiau operuodavęs ir tokius atsitikimus, kurie buvę galima lengvai konservatyviai pagydyti. Nurodo, kad apie 80% skrandžio opų konservatyviai išgydomos. Bet esą atsitikimų, kur būtinai reikalingas operatyvus gydymas. Autorius mano, kad yra nusistovėjusių griežtų operatyviam gydymui indikacijų. Štai tos indikacijos:

1. Po dviejų ligoninėje atliktų gydymo kursų rentgenologiškai vis dar matoma opa;
2. konservatyviam gydymui nepasiduodanti ir kraujuojanti opa;
3. randinė pylorus'o, duodenum'o ar skrandžio stenozė;
4. funkciniai sutrikimai del randiškos bulbus'o ar duodenum'o deformacijos, eventualiai su divertikulo atsiradimu;
5. funkciniai sutrikimai del randiškų curvatura major sutraukimų (Einrollung);
6. nuolat besikartojąs opų atsiradimas;
7. gresiąs skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opos prakiurimas;
8. prakiurusi skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opa.

Toliau autorius nurodo, kad kraujuojančios skrandžio opos atveju nedelstina su operacija, kad neperdaug nusilptų ligonis. Akcentuoja, kad jauniems ligoniams operatyvus opos gydymas duodąs geresnius rezultatus. Turint galvoje išvardytas indikacijas, visai esą negalima palyginti konservatyvaus ir operatyvaus opos gydymo pasisekimų, nes chirurgams tetenką operuoti specifiškai aprėžti opos atsitikimai.

Operacinės metodės pasisekimas esąs glaudžiai susijęs su tuo, kiek pasiseką sumažinti skrandžio rūgšti reakcija. Čia reikalingas arba didelis subaciditas, arba tiesiai anaciditas pasiekti. Kadangi nervinis sekrecijos centras esąs antrum'e, tai, autoriaus nuomone, pašalintina skrandžio dalis pagal Billroth'ą I ir II. Tuo būdu sumažinama skrandžio rūgščių sekrecija.

Skersinė rezekcija arba Pylorusunschnärung pagal Eiselsberg'ą nevartotina, į gastroenterostomia tegalima žiūrėti kaip į pagelbinę operaciją. Tik pagal Billroth'ą I ir II operuotieji ulcera ventriculi autoriaus laikomi teisingai operuotais, ir tokiais atvejais 93,4% duodą gerų rezultatų. Kitus būdus autorius atmetąs.

Operacijos nepasisekimo žymės esančios šios: 1) recidyvinis ulcus, 2) didelis skrandžio kataras, 3) tulžies ir pankreas takų diskinezė, 4) staigus skrandžio išsituštinimas (Sturzentleerung) ir 5) „mažojo skrandžio" nusiskundimai. Operatyvaus gydymo pasisekimas pareinąs ne tik nuo operacijos, bet ir nuo tolimesnio gydymo bei ligonio užsilaikymo.

Kadangi ulcus dažniausiai atsirandąs del chroniškos intoksikacijos, kuri hematogeniniu keliu veikianti skrandžio kapiliarus ir del to dažniausiai atsirandą kartu gastritai. Intoksikaciniai šaltiniai dažniausiai esą kariozinіai dantys, dantų granuliomos ir pūliuojantieji tonzilitai. Del to prieš skrandžio operaciją būtinai atliktinas dantų ir tonzilių gydymas.

Sėkmingam tolimesniam gydymui žinotina, kad: 1) skrandis yra žymiai sumažintas, 2) pagreitėjęs skrandžio išsituštinimas del pylorus'o pašalinimo, 3) subaciditas arba anaciditas, 4) del to sumažėjęs arba visai neįvykstąs maisto virškinimas skrandyje ir 5) sekrecinio dirginimo nebuvimas kitoms skrandžio liaukoms. Be to, prisidedąs anksčiau buvęs gastritas likusioje skrandžio dalyje.

Per 3—6 mėnesius po operacijos skrandis ir jo liaukos teprisitaikančios naujoms sąlygoms. Čia būtinai reikalingas griežtas ir tikslus maitinimasis. Pirmuosius 3 mėnesius autorius reikalauja valgyti mažais kiekiais, griežta dieta, vartoti A- ir C- vitaminų ir sol. Fargesini 2% 1 šaukštą kartą per dieną ½ stiklinės vandenyje nevalgius. Tik po 6 mėnesių leistinas visoks maistas. Del netikslaus pooperacinio gydymo atsirandančių nusiskundimų dažnai neteisingai kaltinama pati operacija.

K. Gudaitis (Klaipėda).

UROLOGIJA.

2. E. Chauvin (Marseilis): **Quelques considerations sur la pathogénie du priapisme. 2 cas personnels.** (Kai kurie samprotavimai apie priapizmo patogenezę, pasirėmus savo 2 atsitikimais) („J. d'Urol.", 1938. 46. 3).

Autorius aprašo 2 priapismus'o atsitikimus. Abiejų anamnezėje nieko ypatinga.

Pirmas atsitikimas: 22 metų vyras, 9 dienos po vestuvių, dabar esąs povestuvinėje kelionėje; naktį pabudęs pastebėjęs erekciją, nepranykusią per 3 dienas; iš pradžių nejautęs jokių skausmų, kurie vėliau atsiradę vis didėdami. Tokis stovis pasidaręs pastovus, išmušęs pacientą iš vėžių.

Antras atsitikimas: 20 metų, gero ir stipraus kūno sudėjimo vyras. Prieš 7 dienas važiuodamas dviračiu susitrenkęs: silpnas smūgis perineum'o į balnelį kapšelio pradžios srityje. Tat sukėlę nedidelį vietinį skausmą; po to atsiradusi erekcija, iki šiol nepranykstanti. Jokių skausmų nejaučiąs, tiktai įtempimo jausmą besišlapinant; jokio kraujavimo iš uretros nebuvę.

Abiejais atsitikimais nervų sistema ir kraujo vaizdas normalūs, be I-uoju atsitikimu išsivysčiusios eozinofilijos (7%), nieko neišaiškinančios. Lues'o nėsą. Abiejais atsitikimais kraujo krešimo ant stiklo laikas lygus 15 ir 7 min. Tuo būdu čia nėsą nei leukeminės, nei neoplazminės, nei nervinės kilmės priapizmo, o tik esąs esencialinio pobūdžio priapizmas.

Pirmuoju atsitikimu, praėjus 12-ai dienų nevaisingo medikamentinio gydymo, t. y. praėjus 15 dienų nuo susirgimo pradžios, buvusi padaryta operacija eterio narkozėje. Iš šonų varpos, lygiagrečiai jos ašiai, ties jos pagrindu buvę padaryti du 3 cm. ilgumo pjūviai, iš pradžių vienoje pusėje, vėliau ir antroje pusėje. Prapjovus albuginea, kuri buvusi standi, iš žaizdos pradėjęs tekėti juodas kraujas, tirštas, smalingas, tačiau be galo vienarūšis ir sklidus. Smulkus jo tyrimas neduodąs nieko ypatinga, jokio krešulio. Tačiau aiškiai skiriąsis savo išvaizda ir spalva kraujas iš paviršutinių varpos venų nuo kraujo, tekančio iš corpora cavernosa. Ir nors atrodė, kad abudu corpora cavernosa išsituština pro vieną albuginea's pjūvį, tačiau tokis pjūvis buvęs padarytas ir iš dešinės. Kraujas buvęs išspaustas pradedant nuo varpos šaknies iš abiejų corpora cavernosa. Kai visas juodas kraujas iš corpora cavernosa buvęs pašalintas ir jo vietoje neatsiradę skaisčiai raudono kraujo, abidvi žaizdos buvusios užsiūtos (skyrium albuginea ir skyrium oda). Varpa supliuškusi. Kitą dieną rasta haematoma subcutaneum, kuriai pašalinti atidarytas odos pjūvis. Toliau sanatio. Praėjus 6 savaitėms, varpa visiškai normali; tačiau erekcijos sugebėjimas visiškai pranykęs.

Paskatintas pasisekimu autorius padaręs tą pačią operaciją antrajam ligoniui tučtuojau po atvykimo į ligoninę, t. y. 7-tą dieną po traumos. Šį kartą buvęs smarkiausias kraujavimas iš corpora cavernosa, laimei, pro mažą albugineos pjūvį. Kraujas raudonas ir normalus tekamumo atžvilgiu, jog buvęs susidaręs įspūdis, kad netyčia perpjauta kuri arterinė kraujagyslė, nes kraujas tiesiog tryškęs. Kraujavimas liovęsis tiktai kruopščiai albuginea užsiuvus. Norėdamas įsitikinti, kokia antrosios pusės padėtis, autorius padaręs inciziją ir antrojoje pusėje. Ir čia atsitikusi ta pati istorija, pareikalavusi sunkios hemostazės. Čia skaisčiai raudonas kraujas tryškęs pakaitomis su juodu krauju, kurio srovė buvusi silpnenė. Erekcija nesumažėjusi nei valandžiukei. Toliau pasidariusi haematoma nepaisant, kad albuginea's pjūvis buvęs užsiūtas. Po 14 dienų erekcija sumažėjusi. Po 4 savaičių varpa pasidariusi normali. Praėjus 2 mėnesiams po operacijos penis normalus. Erekcija pasidariusi galima. Po 6 mėnesių erekcija visiškai atsitaisiusi.

Šito susirgimo patogenezė neaiški. Esama 4-ių mums žinomų šito susirgimo priežasčių:

1) sutrikimas, einąs iš nervų sistemos;
2) veninio kraujo apytakos sutrikimas;
3) haematoma penis, ir
4) thombosis corporum cavernosorum.

Smulkiai išnagrinėjęs visus galimumus, autorius prieina išvadą, kad priapizmo priežastimi nėsanti nei haematoma corporum cavernosorum, nei obliteratio venarum penis, o tiktai tirštu ir valkšniu krauju veninių kapiliarų užsikimšimas. Nenormaliai ilgos patologiškos (myelopathia) ir fiziologiškos (genitalinis ekscesas) erekcijos įvykstančios del šitos kraujo kondensacijos (sutirštėjimo), kuriai padeda įvairūs organizme jau esą veiksniai leukemijos ar hyperviscositas sanguinis pavidalu. Ir jeigu 2-uoju atsitikimu operacija nebūtų buvusi padaryta taip anksti, o taip pat 15-ąją dieną nuo susirgimo pradžios, tai kraujas būtų tiek pat tirštas ir valkšnus, kaip ir I-uoju atsitikimu, nes ligos pradžioje atvedamuosiuose kapiliaruose dar buvęs šviežias, skaisčiai raudonas kraujas. Vėliau jie taip pat prisipildą stazinio kraujo.

Tuo būdu autorius visų rūšių priapizmo esmę, nepaisant kurios etiologijos jis bebūtų, priveda prie vieno veiksnio — kraujo normalaus sutirštėjimo sutrikimo. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

5. Guggisberg Mans (Bernas): **Vitaminai ir nėštumas.** (Vitamine u. Schwangerschaft). („Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe". B. 37, H. 7, 401—423).

Vitaminai esą organiškos medžiagos, kurių negalima priskirti nei prie baltymų, nei prie riebalų, nei prie angliavandenių. Dabar beveik visi vitaminai gaunami grynu pavidalu, o kai kurie vitaminai pagaminami net sinteziškai. Vitaminai galį būti ne tik augalinės kilmės, bet ir gyvulinės. Pvz., A-vitaminas gaminamas kepenyse iš provitamino karotino. Kai kurie gyvuliai galį sintezuoti C-vitaminą. Vitaminai reguliuoją celių augimą, medžiagų apykaitą, celių dauginimąsi, celių kvėpavimą. Vitaminai esą artimi fermentams ir hormonams.

Nors Europoje žmonės maitinasi gerai, bet hipovitaminozė pasitaikanti neretai. Hipovitaminozė būnanti ekzogeninės ir endogeninės kilmės.

Ekzogeninės kilmės hipovitaminoze Europoj sergą: a) neturtingi žmonės žiemos metu del nepakankamo arba nepilnaverčio maisto, b) vaikai ir nėščios moterys, kurių organizmas reikalauja kokybiškai geresnio maisto.

Endogeninės kilmės hipovitaminozė pasitaikanti virškinamųjų takų susirgimų atveju del blogos vitaminų rezorbcijos. Taip pat į hipovitami-

nozę linkusios nėščios moterys, sergančios toksikozėmis, arba del skonio pakitėjimo, kai negalinčios vartoti paprasto maisto.

Nėštumo metu moteriai reikalinga didesnio vitaminų kiekio, nes jų dalį ji turinti atiduoti vaisiui. Tyrimai parodę, kad nėštumo metu kraujyje sumažėjąs A- ir C-vitaminų procentas.

Stingant A-vitamino nėščios moterys dažniau susergančios pyelitu, po gimdymo dažniau sukarščiuojančios.

Kai kurios hyperemesis gravidarum formos pareinančios nuo B_1-hipovitaminozės.

C-vitamino stoka nėštumo metu sukelianti tikrą preskorbutinį stovį. C-vitamino stoka esanti viena iš svarbiausių priežasčių dantų caries'ui atsirasti nėštumo metu.

D-vitamino stoka nėštumo metu sukelianti osteomaliaciją. Anatomiški tyrimai parodę, kad rachitis ir osteomaliacija esančios identiškos ligos; įvairiame amžiuje kaulų reakcija būnanti įvairi.

E-vitamino stoka gyvuliams sukelianti intrauterininį vaisiaus žuvimą. Žmonėms šitas klausimas dar neištirtas.

Ar pats vaisius galįs pasigaminti vitaminų, klausimas neišspręstas. Vaisius gaunąs vitaminų iš placentos. Placenta galinti veikti dvejopai: kaip aktyvi liauka ir kaip filtracinis organas. Placenta aktyviai paimanti iš motinos kraujo vitaminus, galinti net sudaryti jų atsargą ir prireikus išskirianti į embrioninį kraują. Placenta reguliuojanti vaisiaus vitaminų apykaitą. Del tokio placentos aktyvumo, net esant hipovitaminozei pas motiną, vaisius gausiąs pakankamai vitaminų. Iki šiol dar nėsą žinoma, kad kūdikis gimtų su avitaminozės ženklais.

Tačiau prieš laiką gimę vaikai ir vaikai motinų, sergančių hipovitaminozėmis, esą labiau linkę sirgti hipovitaminozėmis.

Kai kurie autoriai maną, kad nėščių motinų hipovitaminozė esanti kūdikių konstitucinio nepilnavertiškumo priežastimi. Müller kalba net apie genų sužalojimus.

Po gimdymo vitaminų pareikalavimas pas moterį nesumažėjąs, nes moters organizmas turįs dalį vitaminų išskirti su pienu. Placenta aktyviai paimanti iš moters kraujo vitaminus, nepaisant kiek jų organizme yra, o gl. mammae tokių ypatybių neturinti. Sumažėjus vitaminų kiekiui pas motiną, sumažėjąs ir vitaminų kiekis piene. Maitinimas krūtimi negalįs būti moters hipovitaminozės priežastimi. Vitaminų svyravimai motinos piene pareiną nuo dietos. Kūdikiui reikalinga per dieną 25—30 miligr. askorbininės r., t. y. C-vitamino. Todėl motinos piene turį būti 5 milig. % askorbininės rūgšties.

Svarbu, kad moters, kuri maitina kūdikį krūtimi, dietoje nestigų C- ir B_1-vitaminų.

Karvės piene vitaminų mažiau, ypač maža C-vitamino, palyginti su motinos pienu. *J. Mikužis.*

6. W. Rieckhof (Berlynas): **Apie folikulinio hormono gimdymo skausmų sukeliamąjį veikimą.** (Zur Frage der wehenauslösenden Wirkung des Follikelhormons bei der Frau) („Zentralbl. f. Gyn." 1938 m. 50 nr.).

Pagal Cohen'o, Marrian'o, Watson'o ir Siebke's tyrimus folikulino kiekis kraujyje ir šlapimuose nėštumo pabaigoje pamažu didėjąs. Prieš pat gimdymą jo kiekis staiga pakyląs. Todėl manoma, kad folikulinis hormonas turįs įtakos gimdos motilitetui. Tačiau, ar jis skausmų sukeliamąjį efektą duoda tiesiog veikdamas gimdą, ar aktyvuodamas hypophysis'o užpakalinės dalies hormoną, ar inaktyvuodamas corpus luteum hormoną, dar neaišku. Druckrey ir Bachmann, darydami bandymus su gyvuliais (triušiais ir pelėmis), leisdami į veną folikulinio hormono (Hormonstoss), kelioms minutėms praėjus gaudavę stiprius, pastovius gimdos susitraukimus. Ne nėštumo gale tokie gyvulėliai

greit abortuodavę. Del uterus'o kontrakcijų sukeliamojo veikimo folikulinis hormonas mėginta naudoti moteriai gimdymo skausmams žadinti, ypač pirminio skausmų silpnumo atveju. Autorius daręs mėginimus su 25 pernešiojusiomis gimdyvėmis, kurios gimdymo skausmų dar neturėjusios. Jis leisdavęs folikulinio hormono (unden'o) į raumenis vienkartinėmis dozėmis po 200.000—250.000 i. BE. Iš 25 mėginimų tik 6 atv. gimdymo skausmai prasidėję praslinkus kelioms ar keliolikai (1½—13) val., 16 atv. pirmieji skausmai prasidėję po 2—8 d. ir 3 atv. dar vėliau. Autorius prieina išvadą, kad folikulinis hormonas nesanti tinkama priemonė gimdymo skausmams sužadinti. Be to, nėštumo pabaigoje spręsti apie vaisto skausmų sukeliamąjį veikimą esą labai sunku, nes jie galį atsirasti spontaniškai, nepareinamai nuo vaisto įleidimo. *V. Labokas.*

7. Prof. Dr. W. Lindemann: **Apie pieno sekrecijos sulaikymą folikuliniu hormonu.** (Über Hemmung der Milchsekretion durch Follikelhormon) („Zentrlbl. f. Gyn." 1938 m. 3 nr.).

Autorius aprašo 3 atsitikimus, kur kietos ir skaudamos krūtys nemaitinančioms po gimdymo moterims pavykę greit suminkštinti folikuliniu hormonu. Vienai buvę duota 100.000 i. E. progynon B oleosum (vienkartinė injekcija), antrai 2 ccm. perovan'o (vienkartinė injekc.) ir trečiai 260.000 i. E. unden'o (per 2 dienas). Didelės folikulino dozės užgniaužiančios hypophysis'o priekinės dalies išskiriamą laktacijos hormoną. Pieno sekrecijai sustabdyti reikalingas folikulino kiekis priklausąs nuo laktacijos hormono stiprumo. Čia tam tikrą vaidmenį vaidinąs ir ovarium. *V. Labokas.*

8. G. Effkemann: **Die Pseudomenstruation als Sterilitätsursache bei der erwachsenen Frau.** (Pseudomėnesinės kaip suaugusios moters bevaikiškumo priežastis) („Zentrbl. f. Gyn." 3—153—1939).

Moteris galinti turėti tikras mėnesines ir pseudomėnesines. Tikrosiomis mėnesinėmis dabar vadinamas toks kraujavimas iš gimdos, kada sugriūva sekretorinėje fazėje esanti gimdos gleivinė ir ovarium'e buvo corpus luteum.

Tačiau moteris galinti turėti iš gimdos kraujavimus, kurie būna taip pat periodiški, bet gimdos gleivinėje nėsą sekretorinės fazės ir ovarium'e nėsą corpus luteum. Toks kraujavimas vadinamas pseudomėnesinėmis.

Paprastai moteris turinti dvifazinį ciklą, būtent, ovarium'e folikulo brendimo fazė ir corpus luteum fazė, o gimdos gleivinėje proliferinė fazė ir sekretorinė fazė. Dvifazinis ciklas pasibaigiąs tikromis mėnesinėmis.

Kartais moteris turinti vienfazinį ciklą, būtent, ovarium'e esanti tiktai pirmoji fazė — folikulo brendimas, o gimdos gleivinėje tiktai pirmoji stadija — proliferacinė stadija. Vienfazinio ciklo atveju kraujavimas esąs pseudomėnesinis.

Vienfazinis ciklas galįs būti dviejų rūšių:

a) Folikulas subręstąs ir tuojau įvykstanti jo atresia. Kraujavimai tokiuo atveju būną periodiški ir kliniškai skiriąsi nuo paprastų mėnesinių tuo, kad kraujavimai būną ilgesni ir stipresni.

b) Folikulas subręstąs, bet jo atresia neįvykstanti — atsirandąs folliculus persistens ir, tiktai pabuvęs kiek laiko nesprogęs, jisai taip pat atrezuojąs. Kliniškai tokiuo atveju pastebimas kraujavimų ritmo sutrikimas.

Toks monofazinis ciklas gyvuliams esąs normalus, tačiau, jei jis pasitaikąs suaugusiai moteriai, tai tat rodą ovarų funkcijos nepakankamumą.

Jaunoms mergaitėms tuojau po mėnesinių atsiradimo būnąs kurį laiką monofazinis ciklas. Taip pat prieš climax'ą dažnai moteriai būnąs monofazinis ciklas. Esant monofaziniam ciklui, esant pseudomėnesinėms, savaime suprantama, esąs sterilitas.

Suaugusiai, subrendusiai moteriai neturėtų būti monofazinio ciklo. Esant ovarų nepakankamumui jisai galįs atsirasti ir būti sterilitas priežastimi. Monofazinis ciklas galima nustatyti histologiškai tikrinant gimdos gleivinę.

Autorius tikrino 81 sterilitas atsitikimą, kur palpuojant nerasta jokių reiškinių, kuriais galima būtų paaiškinti sterilitas priežastis. Jisai prieš pat mėnesines darydavęs vad. „Strichabrasio", t. y. abrasio su specialia maža kiurete.

66 atsitikimais jisai radęs sekretorinę fazę, t. y. dvifazinį ciklą.

10 atsitikimų autorius radęs proliferacinę endometrium'o stadiją. Kliniškai buvę stebėti ritmo sutrikimai. Autorius mano, kad šitais 10 atsitikimų buvęs monofazinis ciklas su folikulių persistavimu.

5 atsitikimais autorius taip pat radęs proliferacinę stadiją, bet kliniškai nepastebėta jokių ciklo pakitimų. Autorius mano, kad čia buvęs monofazinis ciklas su paprasta periodiška folikulių atresia. Folikulių persistavimo šitais atsitikimais nebuvę.

Aišku, kad paskutiniais 15 atsitikimų sterilitas priežastimi. buvęs monofazinis ciklas.

Del ko įvykstąs monofazinis ciklas, iki šiol dar nežinoma; gal del folikulo, o gal del hypophysis'o kaltės. Tačiau monofazinis ciklas galįs pereiti į dvifazinį ir tada moteris galinti pastoti.

Autorius prieina išvadą, kad moteriai galįs būti monofazinis ciklas ir vad. pseudomėnesinės. Priežastimi tenką laikyti ovarų funkcijos nepakankamumas. Monofazinis ciklas esąs sterilitas priežastimi. Autoriaus medžiagoje net 14% visų funkcinių sterilitas buvę del monofazinio ciklo.

Autorius mano, kad su hormonais turį pavykti pervesti monofazinis ciklas į dvifazinį ir tuo būdu išgydyti sterilitas. *J. Mikužis.*

NERVŲ IR PSICHINĖS LIGOS.

1. B. Stokvis (Leidenas): **Der heutige Stand der Indikationen der Hypnose.** (Hipnozės indikacijų šiandieninis stovis) („Schw. med. Wschr." 1938 m. 46 sąs.).

Hipnozė turinti būti taikoma ne organinės kilmės susirgimams (isteriniai paralyžiai, negalėjimas ryti, vokų mėšlungiai, vaginismus, rašymo mėšlungis, tiko reiškiniai, chorėjiniai trūkčiojimai, tremor ir t. t.), koordinacijos sutrikimų atvejais (abazija, mikčiojimas, afonija, mutismus ir t. t.), sensibilinių reiškinių atvejais (visokie skausmai, niežėjimai, parestezijos, tenezmai), sensorinių reiškinių atvejais (ūžimas ausyse, regėjimo sutrikimai, histerinis kurtumas, ageuzija, anosmija), vegetacinių susirgimų atvejais (širdies neurozės, angina pectoris nervosa, asthma, anorexia, vėmimai, obstipacija, diarėja, šlapinimosi sutrikimai, enuresis, mėnesinių sutrikimai, impotencija, frigiditas, miego sutrikimai, vazoneurotiniai reiškiniai), toliau histerinės ir neurotinės formos baimių reakcijos atvejais. Hipnozė gerai veikianti esencialinės hipertenzijos, involiucinės melancholijos, alkoholizmo, nikotinizmo atvejais. Retrogradinė amnezija po commotio hipnozės gerai veikiama.

Ref. priedelis. Šita proga noriu parefeeruoti apie hipnozės techniką iš prof. V. A. Giliarovskij'o „Psichiatrija" 1938 m. vadovo.

Hipnozės vartojimas esąs visiškai nepavojingas, gerai žinant jos pagrindus. Hipnozierius neturįs pasižymėti charakterio ypatingumu, kaip anksčiau buvę manoma, tik svarbu ramumas ir pasitikėjimas savimi. Hipnozuojant reikią nepamiršti, kad kartais hipnozuojamajį galįs ištikti isterijos priepuolis behipnozuojant arba po seanso. Hipnozuojant žiūrėtina, kad pacientas nebūtų išvargęs, susijaudinęs. Prieš hipnozuojant šis tas paaiškintina apie hipnozę. Pacientas turįs galvoti apie miegą ir klausy-

tis hipnozieriaus. Ramiai gulinčiam ir užsimerkusiam pacientui sakytina: „Jūs jaučiate apsnūdimą, sunkumą visam kūne, galūnėse; jums nesinori apie ką nors galvoti; jus jaučiate nuovargį ir norite užmigti; jūs užmiegate". Patartina uždėti pacientui delnas ant kaktos, tat padidiną sugestiškumą. Įtaigos žodžiai sakytini lygiu, ramu balsu, kartoti su neilgomis pauzomis. Nevartoti daug žodžių. Užmigimas pažįstamas iš kvėpavimo ritmo pakitimo, iš širdies veikimo, iš veido išraiškos. Gilų miegą rodąs raumenų apstingimas, „vaškinis lankstumas". Kai kurie pacientai pasididžiuodami pareiškią, kad jie nebuvę užmigę, viską girdėję, bet del šito netenką nusiminti*). Terapiškai įtaigai esą galima naudotis paviršutiniausiu miegu, bendriniu ramumu ir mieguistumu. Daugelis specialistų terapinei įtaigai gilų įmigimą laiką nereikalingu. Kai kurie terapeutai nemigdą, o tik paguldą pacientą, liepią užsimerkti, o paskui jau sugestijuoją. Pradžioje hipnozės seansai darytini du kartu per savaitę, o paskui kartą savaitėje. *N. Indrašius.*

2. Prof. dr. M. H. Göring (Berlynas): **Über seelisch bedingte echte Organerkrankungen.** (Apie tikrus organinius susirgimus, kurių kaltininkas yra psichika) (Stuttgart-Leipzig 1937).

Autorius daug nefilosofuodamas pavyzdžiais iliustruoja apie organinius širdies, kraujagyslių, meningitis serosa, odos, kvėpavimo organų, virškinamojo trakto, tulžies pūslės ir t. t. ir t. t. susirgimus, kylančius del psichinių išgyvenimų. Siauri čia rėmai visam tam referuoti; tenoriu tik paminėti, kad autorius viename skyriuje („Unfallfolgen") visai tat pat aiškina, ką ir dr. J. Kupas savo knygoje „Likimas" 1937 m. Prof. M. H. Göring teigia, kad gydytojas, gydydamas nelaimingo atsitikimo atveju susižalojusį žmogų, turįs kreipti dėmesį ne tik į sužalotąją vietą, bet ir į pirmines priežastis (sielos stovį), pastūmusias į nelaimę. Pvz., vidinis veržimasis mirti paruošiąs dirvą ištikti nelaimei. Autorius pateikia daug pavyzdžių, kad tam tikros sielos žmones nuolat ištinka visokios nelaimės, kurių negalima esą laikyti atsitiktinomis. Nelaimingi atsitikimai sietini su vidiniais išgyvenimais. Ir dr. J. Kupas tvirtina, kad žmogaus veiksmų klaidos, — kai del netikslių judesiu žmogus iškrinta iš medžio ar pro langą, išpuola iš valties, eidamas paslysta ir puldamas priima visų pavojingiausią kūno padėtį sunkiai susižalodamas savo organizmą, — pareina nuo savisaugos reflekso netikslaus pasireiškimo (arba pasąmoniško veržimosi prie skausmų), automatiškai atsirandančio prisisotinus malonumais.

N. Indrašius.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Apie rachito gydymą D_3-vitaminu.**

Naujas D_3-vitaminas, pagamintas sinteziškai iš švitinto 7-dehydrocholesterino, pagydąs visus sunkiuosius rachito atsitikimus arba žymiai pagerinąs. Pagal veikimą naujasis D_3-vitaminas esąs lygus vigantoliui, gydymas tiek pat ilgai turįs trukti kaip ir vigantoliu. Paprastai buvę duodama nuo 2 iki 3 kartų po 3 lašus, tik 2 atsitikimais 3 kartus po 5 lašus. Tikrinant pasiektus gydymo rezultatus, be kliniško stebėjimo ir deš. ran-

---

*) Užhipnozuotas daug kuo skiriasi nuo miegančio. Užhipnozuoto: 1) dėmesys yra paaštrėjęs, 2) jis viską girdi ir sugeba reaguoti pagal įsivaizdavimą, 3) jis nėra visai nustojęs kritiškų sugebėjimų, 4) jis pastebi sąmonės kitimą, 5) orientuojasi vietoje ir laike, 6) jis viską gali atsiminti, kas vyko hipnozės stovyje, 7) sukalbamas, t. y. palaikomas vadinamasis raportas. Visu tuo nepasižymi miegantysis. Šitaip apibūdiną užhipnozuotąjį dr. med. L. Mayer savo knygoje „Die Technik der Hypnose". 1937 m. 22 p. Ref.

kos riešo rentgeno nuotraukų, atskirais atsitikimais buvęs tiriamas kraujo fosforas ir kraujo kalcis. Gydymas užtrukdavęs apie 6 savaites. Buvę pastebėta, kad kliniškas pagerėjimas dažnai anksčiau pasirodydavęs už rentgenologišką. Jokių sužalojimų šituo vitaminu nebuvę pastebėta. Spasmophilia po 8—10 dienų pagerėdavusi. Ar galima pakelti vaikų rezistentiškumas infekcijoms gydant D_3-vitaminu, nebuvę išaiškinta. Kai kuriems kūdikiams galima buvę nustatyti greitas ir pastovus infekcijų pranykimas. (H. Wagner: „Mschr. Kinderheilk." 77 t., 1—2 sąs.).

V. Tercijonas.

× **Diabetes mellitus gydymas.**

Insulino įvedimas diabeto terapijai ne tik nesumažinęs mirtingumo nuo diabeto, bet kai kur mirtingumas net padidėjęs. Diabeto patofiziologijoje neviskas esą aišku. Mering'o ir Minkovski'o tvirtinimai, kad pancreas'e esą visai skirtingų funkcijų organai—išorinės sekrecijos virškinimo liauka ir vidinės sekrecijos Langerhans'o salelės priimti beveik be kritikos ir nuvedę tyrinėtojus klaidingu keliu. Netiesa, kad tik insulinas tvarkąs diabetiko sutrikusią medžiagų apykaitą. Jis daugiau turįs įtakos tik angliavandenių apykaitai.

Autorius užsiuvęs šuniui mažąjį pancreas'o lataką, o iš didžiojo išvedęs fistulę į lauką. Po 24 val. toks šuo išskyręs šlapimuose cukrų ir daugiau azoto, kraujyje pasirodžiusi lipemija. Žodžiu, atsiradęs diabetas, nors pancreas'o vidinė sekrecija nebuvusi pakenkta. Kadangi sutrikusi visų trijų maisto medžiagų apykaita, diabetas buvęs sunkios formos. Atleidus mažojo latako užveržimą, sunkieji ligos reiškiniai palengvėję, o uždarius fistulę, kai visos sultys vėl nutekėdavusios į žarną, ir visai praėję. Kartojant tam šuniui bandymą, gauta tat pat. Autoriaus sūnus stebėjęs ir aprašęs panašų atsitikimą su žmogumi. Insulinui nepasiduodančiam diabetikui buvęs nustatytas kasos latako užsikimšimas akmeniu, kad kasos sultys nebepakliuvo į dvylikapirštę žarną. Pradėjus jam duoti kasos sulčių preparatų, diabetas pagiję.

Taigi, kasos išorinės sekrecijos pašalinimas ir žmogui ir gyvuliui sukeliąs diabetą. Sekrecijos atstatymas jį pagydąs. Todėl diabetikai reikią gydyti kasos sultimis.

Kasos sultys veikiančios pro žarnų sieneles įsisiurbusios atgal į kraują, kaip ir kiti hormonai. Patirta, kad kasos sultys be liekanų susisiurbiančios laibosiose žarnose. Insulino veikimas taip pat esąs greičiau netiesioginis, bet tarpinis. Jis skatinąs virškinimo liaukų, ypač pancreas'o, sekreciją.

Diabetas ar palinkimas prie jo esąs paveldimas. Todėl pavojuje esą žmonės turį atitinkamai tvarkyti savo gyvenimą, kad nesusirgtų. Ypač svarbu neapkrauti darbu ir nepakenkti pancreas'o. Valgis turįs būti lengvai virškinamas ir asimiliuojamas, gerai kramtomas ir ryjamas mažais kąsniais. Kasą dirginančių dalykų, kaip, pvz., rūgščių, riebalų, vengtina. Fizinis darbas ir nervų įtempimas taip pat kenksmingi. Kenkią ir peršišaldymai. Insulinas ir kitos išorinę pancreas'o sekreciją didinančios medžiagos, kaip, pvz., kai kurie paleidžiamieji vaistai, turį būti vartojami labai atsargiai, nes esą pavojingi. Vienintelė išmintinga priemonė diabetui gydyti esą gyvulių (šunų, arklių ir t. t.) kasos sultys, aseptiškai gautos ir džiovintos, duodamos per os. Ir čia esąs reikalingas atsargumas. Dideli daviniai galį būti nuodingi — pakenkti kepenis. (Boldyreff: „Erg. inn. Med." 55 d. 212 p.). *P. Baublys.*

× **Peritonito gydymas B-vitaminu.**

Autorius, ištyręs 200 ligonių per dvejus metus, nustatė, kad redoxon'as padidinąs operuotųjų, ypačiai karcinominių ligonių, taip pat plaučių komplikacijoms atsparumą. Ypačiai didelių C-vitamino deficitų būta ulcus cruris atveju. Peritonitui esant C-vitamino deficitas nebuvęs konstatuotas ir tokių ligonių gydymas C-vitaminu nebuvęs sėkmingas.

Autorius, manydamas, kad peritonitas vis delto esąs nualinamoji liga ir kad čia vaidinąs vaidmenį ir vitaminų deficitas, spėjo, kad čia pirmiausia stinga B_1-vitamino, kaip palaikančio skrandžio ir žarnų tonus'ą. 70-čia atsitikimų po laparotomijų, peritonito ir paralyžinio ileus'o atvejais autoriaus pritaikytas B_1-vitaminas („benerva“ Roche) davęs gerų rezultatų. Autorius jau per 10 mėn. duodąs benervą (Roche) kiekvieno peritonito atveju, po kiekvienos sunkios pilvo operacijos, taip pat pasireiškus ileus'o reiškiniams per 4—5 d. 3 kartus per dieną po 1 amp. benerva (= 2 mgr. B_1-vitamino) visada į paodį. Kartais tekdavę duoti ir benerva forte (10 mg. B_1-vitamino). Svarbu kiek galima anksčiau pradėti švirkšti nelaukiant ileus paralyticus reiškinių. Visada buvę kombinuojama benerva+redoxon; paskutinis visada gerai veikęs organizmo atsparumą ir pašalindavęs pašalinius B_1-vitamino reiškinius (nuovargį, mieguistumą, palinkimą į spazmus). Kumuliacijos nebuvę stebėta. Žalingos įtakos taip pat nestebėta. Trimi atsitikimais 4—6 dieną atsiradusi profuzinio pobūdžio diarrhoea, pranykusi paliovus B_1-vitamino davimą. Autoriaus nuomone, B_1-vitaminas žymiai sumažinąs mirtingumą nuo peritonito ir ileus paralyticus. (E. Forster: „Arch. f. kl. Chir.“ 1938 m. 193 t.). *T. Goldbergas.*

× **Naujagimių hernia umbilicalis ankstyvas gydymas.**

Nurodydamas literatūrą, kur daug autorių pasisako už ankstyvą naujagimių hernia umbilicalis operatyvų gydymą, autorius taip pat prisideda prie tos nuomonės, kad, jei nėra kitų kūno išsivystymo trūkumų ir infekcinio peritonito žymių, del atsitiktinio užtrukimo reikią tuojau naujagimiui, turinčiam hernia umbilicalis, daryti operaciją.

Autorius aprašo du atsitikimu, kur naujagimių įgimtuose hernia umbilicalis maišuose buvo matyti kepenys ir laibosios žarnos. Tų atsitikimų vienam apie 2 valandas, antram — 1 val. po gimdymo buvusios padarytos operacijos chloroformo narkozėje. Abudu atsitikimai sugiję per primam ir pasveikę.

Pasak autoriaus, esą svarbu tuojau po operacijos suleisti tokiam ligoniui po oda 5% vynuoginio cukraus tirpalo ir 5 ccm. fiziologinio druskos tirpalo klizmą, norint laiku sukelti žarnų peristaltiką ir išvengti ileus'o. Konservatyvų naujagimių hernia umbilicalis gydymą autorius atmeta. (Dr. Heinz Füsche: „M. m. W.“ 1939 m. 8 nr., 288 psl.).

K. Gudaitis (Klaipėda).

× **Skarlatinos gydymas prontoziliu.**

Iš 300 ligonių pusė gydyta įprastu gydymu, pusė dar gavusi prontozilio. 1—2 metų vaikams duota ½ tabl. × 3 kartus, jei oralinis davinys netikęs, po ½ ampulės prontosil sol. kasdien, vyresniems vaikams — 1 tabl. ×3 kartus, ar 1—2 amp. kasdien.

Prontozilio grupėje buvo daug mažiau komplikacijų. Be prontozilio komplikavęsi 73,4%, su prontoziliu — tik 53,4%. Ypač otitas ir nefritas prontozilio gavusiems pasitaikę perpus rečiau. Širdies ir sąnarių susirgimų prontoziliu gydytiems nepasitaikę, kitų susirgę net 4,6%. Taip pat teigiamai paveikęs į lymfadenito komplikaciją.

Šitie rezultatai privertė dabar kiekvienam skarlatina sergančiam per 8 dienas duoti prontozilį. Taip gydyta jau 200 ligonių, jokių pakenkimų negauta. Beran'o klinikoje Januschke taip pat patyręs, kad gydant prontoziliu liaukos uždegimas pasitaikąs kas šeštam, o negydant net kas trečiam ligoniui, t. y. dvigubai daugiau. (Pfaffenbichler: „Wien. klin. Wschr.“ 1938 m. 44 nr.). *P. Baublys.*

× **Pirminės ir antrinės amenorėjos gydymas hormonais.**

Autorius gydęs sėkmingai 15 atsitikimų antrinės amenorėjos, kombinuodamas progynon'ą su preluton'u ir prolan'u. Pirmam ciklui tekdavę vartoti dideli hormonų kiekiai: progynon'o iki 250.000 vien. + proluton'o 25 mg. Kai kuriais atsitikimais tekdavę pavartoti net iki 200 žiurkinių

vien. prolan'o. Tolimesniems ciklams sukelti kai kurioms moterims pakakdavę žymiai mažesnių hormonų kiekių, o kitoms net spontaniškai kelis kartus iš eilės atsirasdavusios mėnesinės. Gydydamas pirminę amenorėją hormonais: progynon'u, proluton'u, prolan'u ir nėščios moters šlapimais per rectum, gavęs aiškų genitalijų padidėjimą; uterus nuo piršto galo didumo per 55 d. užaugęs iki 6,5 cm. ilgumo. Ta moteris per visą gydymo laiką gavusi progynon'o 505.000 vien., proluton'o 20 mg., prolan'o 1.600 žiurkinių vien. ir nėščios moters šlapimų (kiekis nepažymėtas).

Autorius prieina išvadą, kad amenorėjoms gydyti, be ovarinio hormono, esą reikalinga duoti ir hypophysis'o priekinės dalies hormono, kuris skatina ovarium'o veikimą. (B. Belonoschkin: „Zntrbl. f. Gyn." 1938 m. 26 nr.). *St. Urbutis.*

× **Ciklo sutrikimų gydymas ovariniais hormonais.**

Autorius praneša apie rezultatus, gautus gydant lytinių liaukų hormanais 69 moteris, sirgusias mėnesinių ciklo sutrikimais.

5 moterys sirgusios pirmine amenorėja. Duodamas joms kas ketvirta diena po 5 mg. oestradiolbenzoat'o 6 kartus ir tuojau po to 5 dienas po 5 mg. progesteron'o, autorius kiekvieną kartą sukeldavęs dirbtinį kraujavimą. Vieno oestradiolbenzoat'o 6 injekcijos po 5 mg. nevisada šitokį dirbtinį menstruacinį kraujavimą sukeldavusios. Dviem moterims turėjusioms hypoplastinius genitalijus, šito gydymo metu uterus ryškiai paaugęs. Pastovus reliatyvinis pasveikimas gautas tik 1 atsitikimu: 27 metų pacientei po 4 mėn. gydymo oestradiolbenzoat'u atsiradęs dviejų dienų kraujavimas. Kitas toks kraujavimas atsiradęs vėl po kartotinio 4 mėn. gydymo. Po to gydymas nutrauktas ir ligonė jau 3 metai kas 3—4 mėnesiai turinti 2-jų dienų mėnesines. Autorius daro išvadą, kad pirminė amenorėja hormonais sunkiai pagydoma.

39 moterys sirgusios antrine amenorėja. Amenorėja buvusi vienoms tik 6 mėn., kitoms — net 10 metų.

Moterys, kurios amenorėja sirgusios ne ilgiau kaip 12 mėn., gaudavusios kas 4-ta diena 2 mg. oestradiolbenzoat'o, iš viso 5,6 kartus. Jei po šitokio gydymo atsirasdavęs kraujavimas, tai gydymas būdavęs kartojamas dar 2 kartus; jei kraujavimo nebūdavę, tai kitą kartą duodavęs tiek pat oestradiolbenzoat'o ir tuoj po to 4—5 dienas kasdien po 5 mg. progosteron'o. Iš 15-kos taip gydytų moterų vienkartinį efektą turėjusios visos, visai pasveikusios 13.

Moterys, kurių amenorėja buvusi užtrukusi ilgiau kaip 1 metus, gavusios tokį patį gydymą, tik su tuo skirtumu, kad oestradiolbenzoat'o būdavę duodama ne po 2 mg., bet po 5 mg. ir tokią schemą kartodavęs 6 kartus. Iš 24 taip gydytų moterų vienkartinį efektą turėjusios 22, visai pasveikusios tik 10. Ovarium'o funkcijos iškritimo reiškiniai sušvelnėję, ar net visai pranykę.

Gydydamas moteris, turėjusias per retas ar per silpnas mėnesines, autorius duodavęs proliferacijos fazėje kas 4-ta diena po 1—2 mg. oestradiolbenzoat'o, iš viso 5—6 kartus. Iš 5-kių oligomenorėja sergančių moterų keturioms ciklas susitvarkęs. Iš 7 sergančių hipomenorėja pagijusios tik 2. Taip pat 2 moterys pagijusios iš 5 sirgusių oligo - ir hipomenorėja. Subjektyviniai nusiskundimai vienoms sumažėję, kitoms visai pranykę.

Gydytos 2 moterys su dis - ir hipermenorėja ir viena sirgusi hiper- ir polymenorėja. Po 6 injekcijų po 1 mg. oestradiolbenzoat'o visos trys pasveikusios. Jokio pagerėjimo negavęs, gydydamas tuo būdu 2 moteris su dis-, hiper- ir polymenorrhoea. (Dr. H. Hamse (Berlynas): „Gebursth. u. Frauenheilk." 1939 m. 1 sąs.). *N. Girdvainis.*

× **Gydymas moterų seksualiniais hormonais.**

Esą du seksualiniai moters hormonai — folikulinas ir corpus luteum hormonas. Folikulinas sukeliąs moters lytinių organų augimą, palaikąs jų

turgor'ą, stimuliuojąs gl. mammae augimą. Be to, folikulinas sukeliąs gimdos gleivinėje pakitimus, kurie žinomi kaip proliferacijos stadija. Proliferacijos stadija trunkanti 14 dienų, skaitant nuo pirmosios mėnesinių dienos.

Antrasis hormonas esąs corpus luteum hormonas, arba progesteron'as. Jisai gaminamas tiktai normalaus ciklo antrojoje stadijoje. Jisai proliferacinę gimdos gleivinės stadiją paverčiąs į sekretorinę ir tuo būdu paruošiąs dirvą apvaisinto ovulum'o implantacijai. Progesteron'as ne tik paruošiąs gimdą nėštumui, bet ir vėliau saugojąs nėštumą. Abu hormonai gaminami ne tik ovarium'e, bet ir placentoje.

Amenorrhoea primaria atveju hormonoterapija mažai padedanti. Amenorrhoea secundaria atveju turinti būti išaiškinta priežastis. Pvz., esant amenorrhoea secundaria ir kartu tbc. pulmonum, negali būti kalbos apie amenorrhoea sec. gydymą. Jei kartu su amenorrhoea secundaria esąs ir hypophysis'o nepakankamumo reiškiniai, tada reikia duoti ne tik seksualinių hormonų preparatų, bet ir hypophysis'o preparatų.

Rezultatai gydant amenorrhoea secundaria pareina nuo jos ilgumo. Amenorrhoea, kuri trunka ilgiau kaip 12 mėnesių, esanti sunkiai pagydoma. Svarbu anksti pradėti amenorrhoea secundaria gydymas.

Autorius siūlo duoti kas keturios dienos po 1 injekcija oestradiolbenzoat'o 2 miligramus (=20.000 tarpt. vienetų). Iš viso padarytinos šešios tokios injekcijos. Jei atsirandančios mėnesinės, tada padarytina 10 dienų pertrauka ir vėl kartotinas gydymas 2—3 kartus. Jei mėnesinės neatsirandančios, tai po paskutinės oestradiolbenzoat'o (follikelhormono prep.) injekcijos duotina kasdien po 5 miligr. progesteron'o (corpus luteum hormono) po oda per 4 dienas. Kitą mėnesį šita paskutinė schema kartotina, o vėliau dar du mėnesiu duotina tiktai follikulin'o hormono (oestradiolbenzoat).

Hypomenorrhoea atveju hormoninė terapija nepadedanti.

Dysmenorrhoea atveju, jei kartu esančios hypoplasia uteri ir hyperanteflexio, gerai veikiąs folikulino hormonas 3—4 inj. po 1 miligramą (po 10.000 tarp. vien. oestradiolbenzoat'o).

Kraujavimai iš cavum uteri, esant adnexitis arba endometritis, sustoją nuo mažų folikulino hormono davinių, pvz., kasdien švirkščiant po 10.000 pelinių vienetų po oda.

Hormonoterapija sterilitas atveju padedanti:

1) jei esanti moters genitalijų hypoplasia,

2) jei esanti amenorrhoea ir su hormonais pavykstą sureguliuoti ciklas.

3) jei moteris neturinti corpus luteum hormono progesteron'o.

Laktacija po gimdymo galima sustabdyti, pirmąją dieną davus didelį folikulino hormono davinį, būtent, oestradiolbenzoat'o 25 miligramus po oda.

Abortus habitualis atveju gerai veikiąs corpus luteum hormonas progesteron'as. Duodama vieną kartą per savaitę 5 miligramai progesteron'o visą nėštumo laiką nuo 2 iki 8 mėnesio pabaigos.

Nuo nereguliariškų kraujavimų, pareinančių del hyperplasia glandularis cystica endometrii, autorius pataria duoti progesteron'o, bet žymiai geriau veikianti nėščios moters kraujo transfūzija 300 ccm. kiekyje.

Visi iškritimo reiškiniai klimacterium'e, postklimacterium'e, po ovarium'o ekstirpacijos visai pašalinami, duodant kas savaitė po 5 miligramus oestradiolbenzoat'o po oda.

Įvairių hiperkeratozių, klimakterinių dermatitų, kraujo apytakos sutrikimų, pareinančių nuo ovarium'o disfunkcijos, atvejais autorius pataria duoti po 5 miligramus oestardiolbenzoat'o kas savaitė. (Prof. C. Kaufmann (Berlynas): „Ztschr. ärztl. Fortbildung." 1938 m. 15—16 nr.).

J. Mikužis.

× Terapinis corpus luteum hormono vartojimas.

Corpus luteum gamina hormoną, kuris vadinamas progesteron'u. Progesteron'o veikimui labai daug reikšmės priskiriama, tačiau aiškus esąs jo tik nėštumą palaikąs veikimas. Jis veikiąs gimtuvės gleivinę ir raumenis. Oestron'o paruoštą uterus'o gleivinę progesteron'as vystąs taip, kad joje galėtų implantuotis spermovium ir maitintis embrionas. Be to, progesteron'as išjungiąs uterus'o raumenis iš susitraukimų, kuriuos skatiną užpakalinės hypophysis'o dalies hormonai.

Pasirėmus tokiu progesteron'o veikimu, galima jis taikyti sterilitas, abortus habitualis, abortus imminens, dysmenorrhoea, metropathia haemorrhagica atvejais.

Abortus habitualis galįs būti del nepakankamo corpus luteum išsivystymo, kur del trumpos luteinizacijos fazės neparuošiama gleivinė apvaisinto ovulum'o implantacijai, arba kai, implantavus ovulum, suyranti jo mityba ir įvykstąs ankstybas abortas. Paskutiniu atveju mėnesinės kelias dienas užtrunkančios, o po to stipriau kraujuoją. Nėštumui palaikyti progesteron'as indikuotinas abortus imminens atveju. Tais pačiais sumetimais progesteron'as taikytinas nėščioms moterims, kurios nėštumo metu yra operuojamos, ypač kai operacijos metu užgaunamas corpus luteum arba gilesni uterus'o raumenų sluoksniai. Vėlesniame nėštumo laikotarpyje (pvz., ketvirtame mėnesyje) ir sužalojus corpus luteum moteris galinti išnešioti. Prieš operaciją švirkščiama progesteron'o vieną kartą, o po operacijos 2—3 kartus per savaitę.

Betikslis esąs progesteron'o vartojimas kastračių mėnesinėms sukelti. Čia visai pakanką oestron'o, kadangi progesteron'as neskatinąs premenstrualinio kraujavimo ir negerinąs bendrinės organizmo savijautos. Dysmenorrhoea atveju progesteron'as vartojamas del uterus'o kontrakcijų mažinančių savybių. Progesteron'as indikuotinas iš uterus'o kraujavimų atveju, kurie yra susiję su uterus'o gleivinės tarpimu, kas dažniausiai būna del per stipraus oestron'o veikimo. (Prof. dr. H. Siegmund: „Münch. med. Wschr." 1938 m. 11 nr.). *J. Stankaitis.*

× Pruritus vulvae nėštumo metu gydymas hormonais.

Kaufmann pasiūlęs 1937 m. folikuliną pruritui vulvae gydyti klimakterinio periodo metu. Autoriui kilusi mintis pavartoti folikuliną pruritus vulvae gydyti nėštumo metu. Tačiau nėščia moteris išskirianti su šlapimais daug folikulino. Ergo, jo turį būti daug ir jos kraujyje. Todėl atrodytų beprasmiška duoti organizmui dar daugiau folikulino. Tačiau eksperimentais buvę įrodyta, kad tik 1% to išskiriamo folikulino kiekio esą fiziologiškai veiklioje formoje, o likę 99% sudarą neveiklius junginius su kitomis medžiagomis. Vėliau Mühlbrock radęs panašius abiejų folikulino modifikacijų santykius ir nėščios kumelės kraujyje.

Pruritus vulvae gydymui autorius siūląs duoti po 20.000 I. E. (tarptautinių vienetų) progynon oleosum B 3 kartus per savaitę injekcijomis į raumenis. Stoviui pagerėjus duodama 2 kartus per savaitę. Paskutinę nėštumo savaitę injekcijos sustabdomos. Autorius turįs patyrimo su 2 ligonėmis, iš kurių antroji nebaigusi gydymo. Pirmuoju atsitikimu gautas visiškas pasveikimas, kuris likęs ir tuomet, kai po gimdymo gydymas buvęs nutrauktas. Antruoju atsitikimu konstatuotas žymus pagerėjimas. Autorius pateikia abi ligos istorijas ir pažymi, kad, pirmuoju (iki galo gydytu) atsitikimu gimdymo metu užėję spazmiški gimdos susitraukimai, ir gimdymas tekę baigti, uždedant išvedamąsias reples. Autorius konstatuoja stiprius skausmus pirmomis dienomis po gimdymo (Nachwehen) ir vėlų pieno sekrecijos atsiradimą (folikulinas sukeliąs nėščios gimdos kontrakcijas ir stabdąs pieno sekreciją). (H. Friedrich (Berlynas): „Zntrbl. f. Gynaek." 1938 m. 24 nr.). *B. Jackevičius.*

Gyd. V. Grinkevičius.

Civilinis gydytojų atsakingumas.

Kenntnis und Beachtung gesetzlicher Verpflichtungen sind für den Arzt unerlässlich, der Richter aber mus andererseits Verständnis für die Eigenart ärztlicher Arbeit haben.

Prof. Sauerbruch.

Paskutiniu laiku padaugėjo bylų, kurias gydytojams iškelia pacientai. Tam galima ieškoti įvairių priežasčių ir įvairiai vertinti šitų bylų reikšmė visuomenei ir pačių gydytojų luomui; tačiau gydytojai negali į tat nekreipti dėmesio. Kiekvienas gydytojas yra verčiamas del to pastudijuoti jo darbą tvarkančią teisę. Ypač tat svarbu privačia praktika besiverčiantiems gydytojams, nes, kaip parodė praktika, juos dažniausiai tos bylos liečia. Iš tikrųjų jų darbui dažnai stinga reikalingų sąlygų (įrengimų stoka, nehigieniškos ligonio buto sąlygos ir t. t. ir t. t.), o tat blogina jų darbo padarinius.

Ligoninės gydytojas šituo atžvilgiu yra geresnėje padėtyje dar ir del to, kad jį šiek tiek saugo ligoninės, kaip įstaigos, autoritetas.

Susipažinimas su teise svarbus yra taip pat pradedantiems gydytojams, nes jie mūsų universitete nėra pakankamai su ja supažindinami. Jiems tenka susipažinti jau dirbant darbą, ir kiekvienas jaunas gydytojas, kuris nėra pakankamai jautrus teisei, atsiduria dideliame pavojuje. O pavojus didėja, nes visuomenė jau nebenori būti gydytojams nuolaidi.

Šitame pranešime atvaizduotos vokiečių teisės, veikusios prieš nacionalsocializmui įsiviešpatavus, pažiūros į civilinį gydytojų atsakingumą. Vokiečių teisė pasirinkta todėl, kad:

1) mūsų (faktiškai rusų) įstatymai yra netobuli ir pasenę;

2) mūsų teisinėje literatūroje nėra rašinių šituo klausimu;

3) Lietuvos dalyje (Klaipėdos krašte) šitoji teisė yra veikianti;

4) šitoji teisė, šalia V. Europos kitų valstybių teisių, turi mūsų teismams pavyzdinę reikšmę.

Gydytojas, abipusiu sutikimu pradėdamas paciento gydymą (suprantant gydymą plačia prasme — diagnozė, pats gydymas, profilaktika ir t. t.), sudaro su pačiu ligoniu ar su jo teisėtu atstovu, jei ligonis nepilnateisis, sutartį, kuriai formalios formos (rašto, pareiškimo ar pan.) įstatymas nereikalauja. Šitoji sutartis įstatymiškai priklauso samdos rūšiai, t. y. gydy-

---

*) Pranešimas, skaitytas Klaipėdos Medicinos Draugijos susirinkime 1938 m. birželio mėn. 1 d.

tojas gauna atlyginimo teisę už darbą vis tiek, ar tikslas (paciento pagijimas) pasiektas, ar ne. Be to, iš gydytojo sutarties priklausymo samdos rūšiai yra įstatymuose numatyta kiekvienai pusei teisė kiekvienu momentu ją nutraukti, kas yra naudinga ir pacientui ir gydytojui.

Iš sutarties gydytojui kyla teisės ir pareigos. Jo svarbiausia teisė — honoraras. Pareiga — daryti viską, kas yra reikalinga pagal medicinos mokslą ligoniui išgydyti. Šitų pareigų neatlikęs gydytojas yra atsakingas, t. y. neša civilinį ar baudžiamąjį atsakingumą, arba abu kartu.

Šito pranešimo tema — civilinis gydytojų atsakingumas, t. y. pareiga materialiai atlyginti pacientui padarytus nuostolius bei žalą.

Civiliniam gydytojo atsakingumui būtinos visos 4 sąlygos:

1) jo nusikaltimas;

2) ligoniui žalos padarymas;

3) priežastingumo saitai tarp gydytojo nusikaltimo ir ligoniui pasidariusios žalos;

4) galimumas numatyti žalingus padarinius.

Nusikaltimas.

Nusikaltimą sudaro medicinos mokslo taisyklių nesilaikymas, jeigu tat pareina iš blogos valios ar apsileidimo.

Panagrinėkime sąvokas: medicinos mokslo taisyklės, bloga valia ir apsileidimas.

Mes žinome, kad medicinos mokslas, o kartu ir jo taisyklės, nuolatos keičiasi. Kas šiandien laikoma teisinga, rytoj atmetama ir pereinama dažnai prie priešingos metodės. Vis delto negalima leisti atskiram gydytojui nėsant pakankamo pamato sauvališkai nesilaikyti šiuo momentu visų pripažintų mokslo taisyklių, nes toks leidimas atidarytų kelią šundaktariavimui. Visai kas kita yra su gydymo metode, apie kurios vertę medicinos moksle nėra susidariusios vienodos nuomonės. Šitokios metodės nepritaikymas dar nesudarys medicinos mokslo taisyklių nesilaikymo.

I atsitikmas. Ligonis miršta nuo sepsio. Giminės kaltina gydžiusį gydytoją, kam jis negydęs didelėmis alkoholio dozėmis.

Teismas gydytoją išteisina, nes „šitoji gydymo metodė nėra visų pripažinta ir išgijimo neužtikrina".

II atsitikimas. Išbėrimais sergąs ligonis kreipiasi į gydytoją - homeopatą, kuris pradžioje gydo homeopatiškai ir tik vėliau nustato tikrą diagnozę — lues II. Ligonio ieškinį teismas patenkina motyvuodamas: „atsakovas turėjo žinoti, kad homeopatiškas syfilio gydymas turi labai maža šalininkų, o

alopatinis šitos ligos gydymas save pateisino ir yra daugumos pripažintas. Atsakovas prasilenkė su daugumos pripažinta nuomone ir del to neatliko reikalingų tyrimų, nepažino ligos ir ją užvilkino neteisingai gydydamas — teismas visame tame įžiūri jo apsileidimą.

Negalima manyti, kad ligonis, kreipdamasis į gydytoją, žinomą kaip homeopatą, tuo atsisako nuo rūpestingo ir rimto ištyrimo.

Mažų mažiausia atsakovas tegalėtų gydyti homeopatiškai, tik visapusiškai ligoniui išaiškinęs savo metodę ir gavęs sutikimą".

III atsitikimas. Šundaktaris atkalba difterija sergančio vaiko tėvus pakviesti gydytoją antidifteriniam serumui suleisti. Vaikas miršta. Teismas šundaktarį nuteisia, nes „netaikyti visų pripažintų medicinos mokslo taisyklių tegalima esant rimtam pamatui (kontraindikacijos ir t. t.), ko šituo atveju nebuvo. Be to, atsakovas per mažai inteligentiškas, kad galėtų svarstyti ir spręsti apie visų pripažintos mokslinės metodės tinkamumą ar netinkamumą. Tame, kad jis tat padarė, yra apsileidimas, nes neišsiaiškinti savo pajėgumo yra apsileidimas".

Kaip jau minėta, vienas medicinos mokslo taisyklių nesilaikymas dar nesudaro nusikaltimo. Reikalinga, kad tas nesilaikymas išeitų iš blogos valios ar apsileidimo.

Bloga valia suprantama, kai gydytojas sąmoningai gydo ligonį neteisingai, numato ligoniui žalą ir nori jos pasiekti, arba, kas dažniausiai būna, numato ligoniui žalą ir su jos pasidarymu sutinka. Pvz., tyčiomis neteisingai gydo norėdamas užvilkinti gydymą ir tuo būdu gauti didesnį atlyginimą, arba iš keršto neteisingai gydo, norėdamas pakenkti ligoniui ar net jį numarinti.

Šitokie atsitikimai būna reti, ir jie teisme paprastai lengvai nustatomi.

Žymiai dažniau būna kaltas apsileidimas (apsileidimu civilinėje teisėje suprantama reikalingo rūpestingumo stoka).

Apsileidimas gali būti nesąmoningas (rašant receptą per klaidą parašoma netikra dozė, kitas vaistas ir pan.) arba sąmoningas (pvz., gydytojas jaučia, kad reikėtų aplankyti sunkų ligonį, bet neina aplankyti, nes tikisi, kad ligoniui nieko blogo nepasidarys.

Pirmuoju atveju gydytojas nenori žalos ligoniui, negalvoja apie žalos galimumą; jeigu jis apie tai pagalvotų, žalingų padarinių gal būt nebūtų. Antruoju atveju jis galvoja apie galimą žalingą padarinį, bet jo nenori ir tikisi, kad tat neatsitiks.

Apibrėžus apsileidimą, kaip gydytojui reikalingo rūpestingumo stoką, tuojau kyla klausimas, kuris rūpestingumo kiekis yra gydytojui privalomas, kitais žodžiais, kas yra gydytojui

reikalingo rūpestingumo matas. Kaip objektyvų matą civilinė teisė numato vidutinio gydytojo rodomą rūpestingumą. Teisėjas privalo tik išaiškinti klausimą, ką tam tikru atveju vidutinis gydytojas darytų, ką turėjo ir ko negalėjo daryti. Pasidariusios žalos didumas nevaidina principinės reikšmės. Principinis klausimas šituo atveju yra šitoks:

Ką darytų tokiomis aplinkybėmis vidutinis gydytojas? Ar žala pasidarė del gydytojo apsileidimo, ar del aplinkybių, nepasiduodančių gydytojo kontrolei?

IV atsitikimas. Resectio costae metu nulūžta naujų šonkaulinių žirklių galas ir žūva žaizdoje. Gydytojas mėgina lūžusį galą rasti, bet mėginimus nutraukia, nes ligonio stovis pablogėja ir randasi reikalas skubiai uždaryti pleuros tuštimą. Teismas ligonio ieškinį atmeta, nes „neranda nusikaltimo iš gydytojo pusės. Už instrumento kokybę atsako jį pagaminusi firma". Tat pat, žinoma, liečia ir ligoniui pasidariusią žalą del vaisto blogos kokybės, jei bloga kokybė atsirado del gaminančios firmos ar vaistinės kaltės.

Tai pačiai grupei „ aplinkybės, nepasiduodančios gydytojų kontrolei" dažnai priklauso ir nelaimingi atsitikimai narkozės metu.

Seniai žinoma, kad bendrinė narkozė yra pavojinga ir kad ir labai dideliam laimingai pasibaigusių narkozių skaičiui tenka 1 mirtingas atsitikimas, kur nelaimės priežasties nepavyksta susekti. Antra vertus, medicinai dar ir dabar nežinoma absoliučiai nepavojinga anestezijos medžiaga bei anestezijos metodė, o iš esamųjų nėra nustatyta, kuriam būdui duotina pirmenybė. Del to negali būti teisinio pamato kaltinti, kam gydytojas pavartojęs tą ar kitą medžiagą, ar anestezijos metodę — techniką.

Iš gydytojo tokiais atvejais tik reikalaujama įrodyti:

1) kad jis vartojo tinkamą narkozei medžiagą, neskilusią (fabriko kaltė čia nepareina į klausimą);

2) narkozė buvo vedama rūpestingai, stebint jos gilumą;

3) prieš narkozę buvo ekskliuduotos sunkios konstitucinės ligos (širdies ir t. t.), kurios kontraindikuoja narkozę, išskyrus atsitikimus, kada reikalas liečia pavojų gyvybei.

V atsitikimas. Mirtis nuo narkozės po gerai pasisekusios strumektomijos. Giminės patiekė ieškinį, esą „gydytojas turėjo žinoti, ar išlaikys ligonis operaciją". Teismas gydytojo kaltės nerado ir gydytoją išteisino.

Gydytojo asmeninės savybės nuo civilinio atsakingumo neatleidžia: negalima teisintis nei per jaunu, nei per senu amžiumi, nei prityrimų stoka ar pan.; čia taip pat įžiūrimas apsileidimas, nes „kas žino apie savo nepakankamą pajėgumą operuoti, parodo apsileidimą, darydamas operaciją. O kas nežino,

kad jis yra nepajėgus, bet operuoja, taip pat rodo apsileidimą, nes neišsiaiškinti savo pajėgumo yra apsileidimas".

Apsileidimu dažniausiai kaltinami praktikos gydytojai, kurie daro operacijas, tinkamai nepasiruošę, neturėdami reikalingų žinių bei netinkamomis priemonėmis.

VI atsitikimas. Praktikos gydytojas išėmė savo kabinete mus articulare iš kelio sąnario. Ligonis operacijos metu sėdėjo kėdėje. Rezultatas: pūliuojąs sąnario uždegimas ir ankilozė. Teismas ieškinį patenkino ir, be to, patraukė gydytoją baudžiamajan atsakinguman.

Laikinis gydytojo pajėgumo sumažėjimas taip pat neatleidžia nuo atsakingumo. Pvz., gydytojas po didelio darbo, didelės praktikos, kada jaučiasi visiškai pavargęs, šaukiamas pas naują ligonį, kur padaro žalingą klaidą. Įstatymas ir čia įžiūri apsileidimą, nes gydytojas privalėjo išsiaiškinti, kad jis esąs pavargęs ir galįs padaryti klaidą ir atsisakyti gydyti. Bet atsitikimai, susiję su pavojumi gyvybei, sudaro išimtį.

Tuo būdu įstatymas neatleidžia nuo civilinio atsakingumo del gydytojo nuolatinio ar laikinio nepajėgumo.

Už tat atsižiūrima į sąlygas, kuriose gydytojas dirbo. Ta pati klaida vienomis sąlygomis laikoma dideliu apsileidimu, kitomis — gydytojui dovanotina. Pvz., yra skirtumas, ar operacija bus atliekama gerai įrengtoje klinikoje, patogiausiomis sąlygomis, ar tą pačią operaciją del skubaus reikalo kaimo sąlygose priverstas daryti kaimo gydytojas. Panašiai atsižiūrima į aplinkybes, kuriose gydytojas per apsirikimą palieka kūno tuštimuose ar žaizdoje operacinę medžiagą ar instrumentus.

VII atsitikimas. Operacija atlikta narkozėje, ir del pavojaus gyvybei teko skubiai uždaryti pilvo žaizdą. Pilvo tuštime paliktas tupferis. Teismas gydytoją išteisino, esą: „tupferiai neretai paliekami per apsirikimą žaizdoje, jeigu, kaip šituo atsitikimu, del pavojaus gyvybei tenka skubiai baigti operaciją. Krauju persisunkęs tupferis sunkiai atskiriamas nuo audinių, del to šitokiais atvejais jo palikimas sudaro sunkiai išvengiamą nelaimę, bet dar nesudaro gydytojo nusikaltimo".

Panašią išvadą prieina teismai, jeigu didelės operacijos metu, susietos su viso žarnyno apžiūrėjimu bei žarnų eventracija, paliekama operacinė medžiaga, nes „nėra tikro būdo 100% apsisaugoti nuo panašios nelaimės" (3 Zivil Senat 17-10-19).

Kitas dalykas, jeigu nebuvo pavartotos reikalingos atsargumo priemonės. Visų pirma čia priklauso tinkama asistentūra, nes visos didesnės operacijos, tame skaičiuje visos laparotomijos, tegali būti daromos su asistentūra, išskyrus skubius atvejus.

Žala.

Antra sąlyga gydytojo civiliniam atsakingumui yra žala ligoniui ir, kiek tai liečia gydytojo atsakingumą iš sutarties, žala turi būti materialinio pobūdžio. Atsitikimais, kai gydytojas traukiamas civilinian atsakinguman ne iš sutarties, o iš neleistinų veiksmų, žala gali būti nematerialinė (Schmerzensgeld), bet apie civilinį atsakingumą iš neleistinų veiksmų bus kalbama vėliau.

Materialinė žala, kitaip sakant, padarytu materialiniu nuostoliu laikoma esamojo turto, pajamų, uždarbio arba tikrai numatomo pelno ir t. t. sumažėjimas arba nustojimas.

Žalos atlyginimas įvyksta paprastos ar kapitalizuotos rentos pavidalu; be to, kur tat galima ir nukentėjęs sutinka, turi būti atstatyta padėtis, kuri būtų buvusi, jeigu atlyginimui įpareigojanti aplinkybė nebūtų atsitikusi.

Jeigu buvusios padėties atstatymas neįmanomas, o del sužalojimo uždarbio galimumas pastoviai išnyksta arba sumažėja, arba padidėja pareikalavimai, tokiais atvejais atlyginimas turi įvykti rentos pavidalu. Ypatingais atsitikimais leidžiama rentos vietoje reikalauti vienkartinio atlyginimo pinigais.

Pasikeitus ilgainiui žalingo padarinio didumui, gali būti pakeistas ir civilinis atsakingumas.

Nustatant rentą atsižiūrima į tikrą uždarbį, o ne į galimą. Pvz., pensininkui atlyginimo priteisimas, kiek tat liečia darbingumo sumažėjimą, neįeina į klausimą.

Trečia sąlyga civiliniam atsakingumui yra „priežastingumo saitai tarp gydytojo nusikaltimo ir ligoniui pasidariusios žalos".

Priežastingumo saitai yra, kai gydytojui neñusikaltus žala nebūtų įvykusi: conditio sine qua non.

Taip pat yra priežastingumo saitai, kai gydytojo nusikaltimas buvo tik viena iš priežasčių, sukėlusi žalingą padarinį.

3 Zivil Senat 28—9, 81: „užtenka, jeigu kaltinamojo veikimas radosi faktorių tarpe, kuriems galima priskaityti padarinių sukėlimas; tik svarbu, kad saitų nenutrauktų svetimas priežastingumas".

Tuo būdu nuo civilinio atsakingumo neatleidžia kitų, ne nuo gydytojo priklausančių, priežasčių prisidėjimas. Tik svarbu, kad šitos prisidėjusios priežastys neišeitų iš kasdieninio prityrimo ribų. Šita sąlyga ir bus vadinamasis „galėjimas numatyti žalingą padarinį", t. y. IV-toji civilinio atsakingumo sąlyga. Jinai liečia ne tik prisidėjusių, nuo gydytojo nepareinančių, priežasčių padarinius, bet ir del paties gydytojo kaltės kilusį padarinį.

Pvz., del gydytojo kaltės ligoniui būna reikalinga atsigulti ligoninėje; ligonis vyksta į ligoninę; pakeliui jį užmuša žaibas.

Gydytojas neatsako, nes žaibo vaidmenį ligoniui „numatyti remiantis kasdieninių patyrimų" negalima.

Kitas pavyzdys. Toks pats ligonis vyksta del gydytojo kaltės į ligoninę. Pakeliui apalpsta gatvėje ir griūdamas pakliūva po automobiliu, kuris ligonį suvažinėja. Gydytojas atsako, nes „remiantis kasdieniniu patyrimu galima numatyti", kad nesveikas žmogus gali apalpti.

Kalbant apie „prisidėjusias priežastis" svarbu nustatyti, kiek gali veikti civilinį atsakingumą ligonio konkuruojantis nusikaltimas, pvz., ligonio nenoras jam pasidariusią žalą sumažinti.

Visų pirma tat liečia vadinamąją „nukentėjusio operacijos pareigą". Šituo klausimu teisėje įvyko tam tikra evoliucija. Anksčiau teismai laikydavosi nuomonės, kad niekas negali būti verčiamas operuotis kito asmens atlyginimo prievolei sumažinti. Bet jau mūsų šimtmečio pradžioje nuomonė pasikeitė ir buvo tokia prievolė pripažinta, bet su sąlygomis:

1) operacija turi būti visiškai nepavojinga, tuo būdu atkrinta ir visos operacijos narkozėje;

2) operacija neturi būti susijusi su didesniais skausmais;

3) nukentėjusis turi turėti garantijų, kad už operaciją bus atsakovo apmokėta;

4) ekspertų nuomone šita operacija turi su dideliu tikrumu žadėti buvusios padėties atstatymą, ar bent žymų pagerėjimą.

Esant šitokioms sąlygoms, nukentėjusio atsisakymas operuotis jau traktuojamas kaip jo konkuruojantis nusikaltimas, kas sumažina, bet visai neatleidžia gydytojo nuo civilinio atsakingumo.

Bet užtat gydytojui gresia naujas civilinis atsakingumas, jei del šitos operacijos pasidaro nauja žala.

Atskiri teismai nukentėjusio operacijos pareigos klausimais pareikšdavo kartais ir kraštutinių nuomonių.

VIII atsitikimas. Zivil Senat (13—2—05): „nukentėjęs neturi kitaip elgtis, kaip būtų pasielgęs protingas žmogus panašiu sveikatos sutrikimo atveju, nes niekas nuostolių, kurie jam yra pasidarę del ligos, neturėtų užkrauti kitam".

Užtat 3 Zivil Senat (27—6—13) mano, esą: „užtenka, jeigu nukentėjusis kreipsis į aprobuotą gydytoją".

Paanalizavus gydytojo civilinio atsakingumo sąlygas, kyla klausimas, kuriuo būdu galėtų gydytojas teisiškai atsipalaiduoti nuo šito atsakingumo. Visų pirma čia turima galvoje ligonio sutikimas veiksmui. Bet, jeigu buvo gydoma netaisyklingai iš blogos valios, įstatymas nuo atsakingumo neatleidžia, nepaisant ligonio sutikimo, nes „atsakingumas už blogą valią negali būti iš anksto dovanotas" (įstatymas).

Ligonio sutikimas taip pat neatleidžia nuo atsakingumo, jeigu buvo gydoma netaisyklingai del apsileidimo, nes tokia

sutartis būtų laikoma einanti prieš „gerus įpročius" ir tuo būdu neteisėta.

IX atsitikimas. Gydytojas, ligonės kartotinai prašomas, ištraukė keliolika dantų, supuvusių ir visai sveikų. Sveikus ligonė prašė traukti, nes norėjusi jų vietoje įsistatyti „gražesnius" dirbtinius dantis. Vėliau ligonė patraukė gydytoją tieson. Teismas ieškinį patenkino, esą „ligonis turi klausyti gydytojo, o ne priešingai, nes jis yra geresnis reikalo žinovas. Gydytojas turi pareigą pamokyti, jeigu tat reikalinga, o jeigu jo neklauso, atsisakyti nuo netaisyklingo gydymo". Tuo būdu ligonio sutikimas tegalioja taisyklingiems veiksmams.

Dabar dar klausimas: ar gali būti atleistas nuo atsakingumo gydytojas, išaiškinęs ligoniui netaisyklingo gydymo pavojus ir vis delto gavęs jo sutikimą? Pasirodo, įstatymai neatleidžia, nes ir tame įžiūri apsileidimą.

Ar turi gydytojas pareigą prieš operaciją paaiškinti ligoniui apie visus galimus neigiamus operacijos padarinius?

3 Zivil Senat (1—3—12) tokios pareigos nepripažįsta, esą: „tokios pareigos nėra, nes išaiškinimas dažnai galėtų atbaidyti ligonį nuo jam reikalingos operacijos arba ligonį sujaudinti gydymo nenaudai".

Už tat, kai kurių autorių nuomone, išaiškinimas yra privalomas, jeigu tat reikalinga gydymo tikslams, pvz., perspėti alkoholiką apie alkoholio žalą, džovininką apie rūkymo žalą ir t. t.

Bet visų pripažįstama, kad išaiškinimo klausimu nėra ir negali būti bendros taisyklės: kiekvienas atskiras atsitikimas pareina nuo gydytojo takto ir ligonio asmenybės. Posakis „tamsta sergi vėžiu" vieną žmogų padaro psichiniu ligoniu, o kitam toks pats posakis padeda jo šeimos naudai protingai sutvarkyti savo reikalus.

Apsidraudimas nuo civilinio atsakingumo pareigų.

Šitoks apsidraudimas galioja nuo civilinio atsakingumo pareigų del gydytojo klaidos per apsileidimą, bet ne iš blogos valios. Neatleidžia nuo piniginės baudos baudžiamosiose bylose.

Bylinėjimosi išlaidos ir kita kiekvienu atveju atskirai aptariama polise.

Gydytojų civilinis atsakingumas už vagystes laukiamajame.

Nėra specifiška gydytojiška pareiga, bet praktiškai yra svarbi.

Gydytojas atsako:

1) jeigu verčia pacientą prieš ateinant į kabinetą palikti rūbus laukiamajame;

2) jeigu laukiamasis yra prieinamas kiekvienu momentu kiekvienam iš gatvės arba buto išorės.

Gydytojas neatsako, jeigu iškabina matomoje vietoje, geriausia, prie kabyklių, pakankamo aiškumo iškabą „Už vagystes neatsakoma“.

Gydytojų civilinio atsakingumo pamatas.

Dažniausiai šitokį pamatą sudaro jo sutartis su ligoniu. Bet nemaža būna atsitikimų, kai gydytojas gydo ligonį nesudarydamas su juo sutarties.

Pvz., gydytojas gaivina skenduolį, arba gydo ligonių kasos narį.

Pirmuoju atveju, suprantama, sutartis ir negali pareiti į klausimą, nes ligonis yra be sąmonės.

Antruoju atveju gydytojas yra sudaręs sutartį, bet ne su ligoniu, o su ligonių kasa. Del to ligonis negali traukti gydytojo tieson iš sutarties, kuri nėra buvusi sudaryta.

Bet ir tokiais atvejais įstatymai nepalieka nei gydytojo, nei ligonio be globos ir numato abiem atsakingumą.

Tuo būdu, gydytojo civiliniam atsakingumui, be aukščiau minėtos sutarties, šaltiniais gali būti dar:

1) Reikalų atlikimas be pavedimo,
2) neleistini veiksmai.

Reikalų atlikimo be pavedimo sąvcka yra labai sena ir paeina iš romėnų teisės. Čia priklauso tokie gyvenimiški atsitikimai, kaip, pvz., ūkininkas savo laukuose sugauna svetimą, nežinia kam priklausančią, karvę, uždaro ją į tvartą, ir kelias dienas šeria, iki atsilieps tikrasis savininkas. Tikrasis savininkas nebuvo pavedęs šerti jo karvės, bet vis delto abiem pusėms iš to seka tam tikros pareigos ir teisės, panašiai kaip ir iš sutarties.

Mediciniškai gi atsitikimas bus, kai gydytojas, pvz., gaivina skenduolį.

Šitoks reikalų atlikimas teisiškai prasideda nuo momento, kai gydytojas pradeda teikti pagelbą, tuo būdu parodydamas sutikimą pasiimti sau prievoles ir gauti teisių.

Įstatymas tokiais atvejais reikalauja, kad reikalų atlikimas išpildytų šias sąlygas:

1) Atitiktų lgionio pareikštą arba spėjamą norą;
2) būti taisyklingas;
3) atitiktų ligonio interesus.

Tuo būdu gydytojas yra atsakingas, jeigu, pvz., pasielgia prieš ligonio norą, kurį jis žinojo atsitiktinai, ar iš anksčiau, arba iš anksčiau galėjo spėti. Išimtį sudaro nusižudėliai.

Taip pat yra atsakingas, jei teikia pagelbą netaisyklingai.

Bet čia įstatymas atsakingumą supranta žymiai siauriau ir baudžia tik už blogą valią bei stambų apsileidimą. Tat yra suprantama, nes tokiais atsitikimais, pvz., gaivinant skenduolį, neturima laiko apgalvoti, tenka skubėti ir lengva padaryti klaida.

Atsakingumo klausimas, kuris kyla gydytojui už tokiais atvejais padarytąją operaciją, įeina į vadinamąją „operacijos teisę". Operacijos teisės klausimas yra labai įdomus, bet toks didelis, kad negalėjo tilpti šitame pranešime.

Atsakingumas del neleistinų veiksmų.

Pamatą sudaro įstatymas, kuris uždeda kiekvienam žmogui (tame skaičiuje ir gydytojui) pareigą atlyginti kitam padarytus nuostolius del neteisėto pažeidimo gyvybės, kūno, sveikatos, turto ar šiaip kurios teisės.

Klausimas veiksmo neteisėtumo, kilusio iš ligonio sutikimo negavimo, nagrinėjamas „operacijos teisėje".

Šitam skirsniui priklauso atsakingumas, kyląs iš neteisingo gydymo del gydytojo nusikaltimo (bloga valia, apsileidimas), nes gydytojas, kaip ir kiekvienas kitas pilietis, „nėra teisėtas pažeisti kurią nors kito teisę".

Del neleistinų veiksmų gydytojas traukiamas tieson, kai nėra kito teisinio pamato (reikalų atlikimas be pavedimo). Bet ir sutarties bei reikalų atlikimo be pavedimo atsitikimais pacientui duodama teisė savo nuožiūra traukti tieson del neleistinų veiksmų.

Įrodymo našta buvo traktuojama nevienodai. Kartais teismai manė, esą „nukentėjęs tvirtindamas, kad padaryta operacija paprastai baigiasi be žalos, pakankamai atlieka įrodymo prievolę, nes jis operacijos nemato. Gydytojo prievolė yra įrodyta, kad jis operacijos metu nėra nusikaltęs".

Tačiau dabar manoma kitaip. Būdingas sprendimas 3 Zivil Senat 1—2—12: „Sunkumas nustatyti žalos priežastį neturi būti gydytojo nenaudai. Geriausias gydytojas nedirba mašinos tikslumu. Be to, ir operacijos blogi padariniai neretai būna be gydytojo nusikaltimo.

Gydytojas atlieka įrodymo naštą, įrodęs:

1) kad blogi padariniai galėjo atsitikti ir be jo nusikaltimo;

2) kad jo nusikaltimo pozityvaus duomens nėra".

Įdomus sprendimas O L G Celle 1—1—29:

„Bent vieno teismo eksperto pareiškimas, esą gydytojo klaidos nebuvo, atpalaiduoja gydytoją nuo civilinio atsakingumo".

Gydytojų civilinis atsakingumas už pavaduotojus bei pagelbininkus.

Įstatymai įpareigoja gydytoją abejotinais atsitikimais gydyti asmeniškai. Antra vertus, ligoniui leidžiama atsisakyti būti pavaduotojo gydomam. O ligoniui sutikus būti gydomam pavaduotojo, pavaduojamasis atleidžiamas nuo atsakingumo, išskyrus 2 atveju:

1) kai ligonis yra be sąmonės (spėjama ligonio noras būti gydomam, pvz., skyriaus šefo, ne asistento) arba ligoniui neturint pasirinkimo, nėsant trečio gydytojo artumoje;

2) kai pasirinkdamas pavaduotoją neparodė reikalingo rūpestingumo.

Abudu atvejai sudaro vadinamąjį neteisėtą pagelbos jėgos naudojimą.

Bet ir teisėtai naudojant pagelbos jėgą, gydytojas yra atsakingas.

Iš sutarties:

Visais atsitikimais, kur tik buvo pagelbinio personalo nusikaltimas. Yra tik viena sąlyga: pagelbinio personalo nusikaltimas turi įvykti atliekant pagelbą, bet ne pagelbos proga. Pvz., slaugytoja duoda ligoniui stiprius hypnotica, norėdama turėti poilsio; gydytojas atsako. Slaugytoja apvagia ligonį; gydytojas neatsako.

Iš neleistinų veiksmų.

Gydytojas neatsako, kai įrodo:

1) kad, pasirinkdamas pagelbininkus bei prižiūrėdamas jų darbą, buvo pakankamai rūpestingas;

2) kai, ir parodžius pakankamą rūpestingumą, žala vis tiek būtų įvykusi.

Ligoninių gydytojų atsakingumo pamatas.

Privatūs ligoniai („šefo ligoniai") gali traukti gydžiusį gydytoją tieson iš sutarties ar neleistinų veiksmų. Tat pat liečia privačių ligoninių ligonius.

Visi kiti ligoniai tegali traukti gydytojus tieson tik iš neleistinų veiksmų.

LITERATŪRA:

1. Ludwig Ebermeyer: Der Arzt im Recht. 1930 m.
2. R. Stich u. M. Makkas: Die Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen. 1928.

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Prof. A. V. Afanasjev, Dorpato, paskiau Voronežo univ-to patologinės anatomijos profesorius, mirė š. m. I. 27 d., sukakęs 80 metų amžiaus; 2) Erlangene 1939. II. 5 prof. dr. Ludwig Heim, 82 metų Jisai ilgą laiką Erlangeno universitete buvo higienos ir bakteriologijos katedros vedėjas.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Taubė-Zlata Chaimovičaitė, Marijonas-Feliksas Gerulevičius-Gerulaitis, Julita Kajutytė, Stasys Petrauskas, Bronislovas Radzivanas ir Algirdas Tuminas.

× **Asistentų reikalais:**

1) Med. d-rui J. Meškauskui Vidaus klinikoje asistentavimo laikas pratęstas dar 3 metams.

2) Odos-veneros klinikos jaun. asistentu išrinktas gyd. M. Vaitėnas.

3) Neetatiniais asistentais paskirtos: gyd. L. Griniūtė — Akių klinikoje ir gyd. St. Šakenienė — Chirurgijos klinikoje.

× **Med. d-ro J. Meškausko habilitacinė mėginamoji** paskaita priv.-docento laipsniui gauti bus šia tema: **„Žalių vaisių ir daržovių dieta vidaus ligose."**

× **Doktorantai.** Chirurgijos klinikos asistentui gyd. K. Katiliui leista laikyti doktoranto egzaminai dar šiame semestre.

× **Medicinos Fakultetas pakviestas į grafologijos kongresą,** kuris bus š. m. rugsėjo mėn. 16—19 d. Lježe (Liège).

× **Akušerijos-ginekologijos asistentas gyd. J. Mikužis komandiruojamas** 3 mėnesiams į Berlyną hormoniniams susirgimams studijuoti.

DRAUGIJOS, KONGRESAI, ĮVAIRENYBĖS.

× **XI-sis tarptautinis kovai su tuberkulioze kongresas** bus Berlyne 1939 m. rugsėjo mėn. 16—20 d.

× **V-sis tarptautinis pirmosios pagelbos kongresas** bus Ciuriche ir St. Morice 1939 m. liepos mėn. 23—28 d.

× **VI-sis tarptautinis medicininės hidrologijos, klimatologijos ir geologijos kongresas** bus Strasburge 1939 m. spalių mėn. 8—11 d. Kongreso generalinio sekretoriaus adresas: Prof. Vaucher, Strassburg, 1 Place de l'Hôpital.

× **III-sis tarptautinis masažo ir ligonių gimnastikos kongresas** bus Stutgarte 1939 m. birželio mėn. 3—6 d.

× **VI-sis Europos tautų psichinės higienos kongresas** bus Lugane (Šveicarijoje) 1939 m. birželio mėn. 4—6 d.

× **Tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai** ruošiami 1939 m. vasarą Vokietijoje įvairiuose miestuose, pradedant Karaliaučium ir baigiant Hale. Reikalais kreiptis: Aerztliche Fortbildungswesen, Berlin NW 7, Robert-Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

× **Chiropraktika** (žiūr. „Medicinos" 1939 m. 1 nr. 82 psl.) Šveicarijoje leista 72.592 balsais prieš 56.475. Kai kuriose Amerikos valstybėse chiropraktika vėl uždrausta. („M. m. W." 1939 m. 6 nr.).

× **Epidiaskopu demonstruojama studentams auditorijoje iš operacinės operavimo vaizdas** vienoje Paryžiaus ligoninėje. („M. m. W." 1939 m. 9 n.).

× **Prof. Stroganov** (Leningrade) gavo iš tarptautinio akušerijos ir dinekologijos fondo premiją už mokslinius darbus, ypač eklampsijos srityje. („Brux. med." 1938, 18, 36).

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai: 1) Kauno apygardos ligonių kasos Birštono sanatorijai** reikalingas vedėjas gydytojas, vidaus ligų specialistas. Prašymas su trumpa biografija siųsti Kauno apygardos ligonių kasai, Kaunas, Aušros g. 19.

.. **2) Zarasų apskrities savivaldybei** reikalingi gydytojai **Degučių, Imbrado** ir **Antazavės sveikatos** punktams vesti.

× **Pegėgių apylinkėje jaučiama gydytojų stoka,** ypač dabar, siaučiant gripo epidemijai. Iki šiol Pagėgiuose buvo dr. Endrulat, dr. Srolowitz ir Vilkiškiuose dr. Eizenštatas. Dabar tėra tik vienas dr. Endrulat, kuris nebeįstengia visų sergančiųjų laiku aplankyti.

× **Gyd. A. Kaminskas,** V. D. Universiteto Medicinos fak-to odos ir veneros ligų katedros jaun. asist., 1939 m. kovo mėn. 14 d. iš savo pareigų pasitraukė, nes nuo kovo mėn. 15 d. skiriamas Alytaus odos ir veneros ligų ligoninės vedėju. Šitoji ligoninė numatoma perorganizuoti įvedant joje darbo prievolę.

× **Gydytojų Rūmų įstatymo projektas,** kuris buvo svarstomas Seimo posėdyje š. m. kovo mėn. 14 d., nedidele balsų dauguma atmestas (už svarstytinumą pasisakė 17, o prieš svarstytinumą 22 Seimo nariai).

Šituo klausimu kiek vėliau plačiau išsitarsime.

× **Dar viena naujovė vaistų taksoje.**

Naujoji vaistų taksa įpareigoja vaistininkus kai kuriuos vaistus — cheminius junginius su pramanytais pavadinimais tik tuomet atleisti iš vaistinės pagal gydytojų receptus, signatūras ar atskiru reikalavimu, kai recepte ar signatūroje gydytojo pažymėta tokius vaistus gaminanti firma, ar tokių vaistų reikalaująs nurodo tą firmą.

Kitu atveju vaistinė turi išduoti vaistus sinonimus su cheminiais pavadinimais ir imti kainą už juos.

Tai padaryta todėl, kad kai kurie vaistai (cheminiai junginiai) su pramanytais, dažnai patentuotais, pavadinimais yra žymiai, kartais, kelis kartus brangesni už vaistus, jų sinonimus su cheminiais pavadinimais, turinčiais panašų veikimą.

Vaistai su cheminiais pavadinimais dažnai turi ilgus vardus ir gydytojui rašant receptą patogiau parašyti tuos vaistus pramanytais trumpais pavadinimais, pav., aspirinas (acidum acetylo-salicylicum) ir t. t.

Čia paduodamas tas vaistų sąrašas, kuris svarbu žinoti tiek gydytojams, tiek ir vaistus perkančiai visuomenei:

Anaesthesin „Bayer"	— Aethylum amidobenzoicum.
Aspirin „Bayer"	— Acidum acetylo-salicylicum.
Adrenalin „Parke Davis" ir „Byla"	— Suprareninum.
Agurin „J. G. Farbenindustrie"	— Theobrominum natrio-aceticum.
Atophan „Schering"	— Acidum phenylchinolincarbonicum.
Creosotal „Heyden"	— Kreosotum carbonicum.
Dermatol „J. G. Farbenindustrie"	— Bismuthum subgallicum.
Dionin „Merck"	— Aethylmorphinum hydrochloricum.
Diuretin „Knoll"	— Theobrominum natrio-salicylicum.
Duotal „Heyden"	— Guajacolum carbonicum.
Euchinin „Bayer" ir „Zimmer"	— Chininum aethylcarbonicum.
Heroin „J. G. Farbenindustrie"	— Diacethylmorphinum.
Luminal „Merck"	— Acidum phenylaethylbarbituricum.
Protargol „Bayer"	— Argentum proteinicum.
Thiocol „Roche"	— Kalium sulfoguajacolicum.
Urotropin „Schering"	— Hexamethylentetraminum.
Validol „Zimmer"	— Mentholum valerianicum.
Veronal „Bayer"	— Acidum diaethylbarbituricum.
Xeroform „Heiden".	— Bismuthum tribromphenylicum.

× **Medicininkojo personalo savarankiško darbo pajamoms įsigyti 1937 m. vidutinių išlaidų normų lentelė.**

SPECIALYBIŲ PAVADINIMAS	Kaune								Apskr. centr. miestuose					Kitose vietose			
	Pajamų didumas																
	Ligi 5.000	5.001—10.000	10.001—15.000	15.001—25.000	25.001—40.000	40.001—60.000	60.001—80.000	Daugiau kaip 80.000	Ligi 5.000	5.001—10.000	10.001—15.000	15.001—25.000	25.001—40.000	Ligi 5.000	5.001—10.000	10.001—15.000	15.001—25.000
Med. gyd-jai internistai (neurologai, vidaus ir vaikų lig.)	40	34	28	22	16	11	—	—	30	22	18	14	10	22	18	15	11
Med. gydytojai pediatrai (specialiai vaikų ligų)	41	35	29	23	17	12	—	—	31	23	19	15	11	—	—	—	—
Akių gydytojai	41	34	28	22	16	11	—	—	30	22	18	15	11	22	18	15	11
Med. gydytojai ausų, nosies ir gerklės ligų specialistai	41	34	28	22	16	11	—	—	30	22	18	15	11	—	—	—	—
Med. gydyt. odos ir vener. ligų	42	36	30	23	17	12	—	—	31	23	19	15	11	—	—	—	—
Akušeriai - ginekologai ir chirurgai	42	36	31	28	25	21	16	—	31	23	20	17	13	—	—	—	—
Med. gydytojai rentgenologai (specialiai užsiimantieji)	—	—	—	43	41	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Med. gydyt. su rentgeno apar.	46	38	32	26	20	14	—	—	33	25	21	17	13	25	21	18	—
Med. gydytojai su akušerijos-ginekologijos ligoninėmis (be operacijų ir ambulatorinių pajamų)	—	—	—	96	95	92	89	87	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Med. gydytojai su chirurg. ligoninėmis (be operacijų ir ambulatorinių pajamų)	—	97	96	94	93	90	87	85	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Med. gydyt. su vidaus, nervų ir vaikų ligonin. (be operac. ir ambulatorinių pajamų)	—	93	92	90	89	86	83	81	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Med. gydyt. su ligoninėmis (be operac. ir ambulat. pajamų)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89	86	83	—	—	—	—	—
Med. gydyt. su sanatorijomis (be ambulatorinių pajamų)	—	—	85	84	83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83	82	81
Dantų gydytojai	56	51	46	42	38	—	—	—	46	41	35	30	—	39	33	28	—
Veterinarijos gydyt.	30	—	—	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	25	—	—	—
„ „ nuo vaistų	85	—	—	—	—	—	—	—	85	—	—	—	—	85	—	—	—
Medicinos felčeriai	20	15	10	—	—	—	—	—	15	13	10	—	—	13	10	—	—
Veterinarijos felčeriai ir gyvulių technikai	15	11	—	—	—	—	—	—	11	8	—	—	—	10	7	—	—
Akušerės	20	15	10	—	—	—	—	—	15	13	10	—	—	13	10	—	—
Gailestingosios seserys	12	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	10	—	—	—
Masažistės,-tai	12	10	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—
Chemikai bakteriologai su laboratorijomis	52	48	43	39	36	—	—	—	42	38	35	—	—	—	—	—	—

1 pastaba. Jei didėjant darbo pajamoms nustatytas mažesnis išlaidų %, tai išlaidų suma nustatoma ne mažesnė, negu išlaidų suma, išskaičiuota iš artimiausios mažesnės pajamų skilties maksimalinės sumos, atitinkamu toje skiltyje nustatytu %.

2 pastaba. Jei didėjant darbo pajamoms nustatytas didesnis išlaidų %, tai išlaidų suma negali būti didesnė, negu išlaidų suma, išskaičiuota iš artimiausios mažesnės sumos, žemesniu % ir padidinta darbo pajamų suma, dėl kurios imamas didesnis išlaidų %.

× **Prof. Lorenz Böhler (Vienoje) gavo Umberto I premiją** už savo knygą „Die Technik der Knochenbruchbehandlung".

× **Ordinariniais profesoriais turi būti renkami ne senesni kaip 55 metų amžiaus.** Taip dabar įvesta Graikijoje. („M. m. W." 1939 m. 7 nr.).

× **Vokiečių gydytojai Rumunijoje kovoje del aprobacijos teisių.** Rumunijoje esą 300 vokiečių gydytojų, kurie norima peregzaminuoti. („M. m. W." 1939 m. 2 nr.).

ŠUNDAKTARIAVIMAS.

× **Už aborto darymą** Šiaulių apygardos teismo nubausta 6 mėn. paprasto kalėjimo St. Dabulienė iš Katyčių km., Kaltinėnų valsč., nes ji savo kaimynei Kinderienei darė abortą, nuo ko atsirado kraujo užkrėtimas ir galop mirtis.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos akušerės: 1) Zarasų apskrities savivaldybei** reikalingos akušerės Antalieptės, Antazavės ir Imbrado akušerijos punktams vesti.

2) **Zarasų apskrities savivaldybės ligoninei** reikalinga akušerė; pageidaujama, kad būtų dirbusi ligoninėse ne mažiau kaip 3 metus. Del sąlygų kreiptis į apskrities valdybą.

3) **Mažeikių apskrities ligoninei** reikalinga akušerė. Prašymą su curriculum vitae siųsti ligoninės vedėjui.

4) **Utenos apskr. sav-bės ligoninei** reikalinga sesuo-akušerė, arba akušerė; atlyginimo mėn. 265 Lt.

GAILESTINGŲJŲ SESERŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos gailestingosios seserys: 1) Kauno apygardos ligonių kasos Birštono sanatorijai.** Prašymai su trumpa biografija siųsti Kauno apygardos ligonių kasai, Kaunas, Aušros g. 19.

2) **Utenos apskrities savivaldybės ligoninei** gailestingoji sesuo rentgenistė, su atlyginimu mėn. 275 lt., be to, dar butas ir kuras. Kreiptis į ligoninės vedėją.

3) **Mažeikių apskr. ligoninei.** Prašymai su curriculum vitae siųsti ligoninės vedėjui.

× **Nauja Lietuvos gailestingųjų seserų valdyba.** Neseniai Lietuvos gailestingųjų seserų sąjungos visuotiniame susirinkime išrinkta nauja sąjungos valdyba: pirmininkė — gail. ses. Stasė Gudauskienė, vicepirmininkė — gail. ses. Teofilė Bingelytė, sekretorė — gail. ses. Bronė Krąsauskaitė, iždininkė — gail. ses. Emilija Gruodienė, valdybos narys — gail. ses. Domicelė Rimkūtė. Sąjungos buveinė — Kaunas, Grunvaldo g. 10, bt. 4.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1938 m. gruodžio mėn.:** typhus abdom. 81 (1), paratyphus 12, morbilli 1.488 (1), scarlatina 80, pertussis 127, diphtheria 296 (6), influenza 291, erysipelas 40, poliomyelitis et polyencephalitis ac. 1 (1), mening. cerebr. spin. epid. 7 (3), tetanus 1 (1), tuberculosis 108 (11), venerinėmis ligomis 496 (lues 125, gonorrhoea 363, ulcus molle 8), varicella 14, trachoma 143, parotitis epid. 3, febris puerperalis 3 (1), septicopyaemia 3, scabies 41.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. sausio mėn.:** Typhus abdom. 128 (4), paratyphus 6, typhus exanth. 30 (2), morbilli 841, scarlatina 94, pertussis 260, diphteria 259 (8), influenza 449, erysipelas 27, enceph. leth. epid. 2, mening. cerebr. spin. epid. 20 (2), tuberculosis 195 (12), venerinėmis ligomis 519 (lues 131, gonorrhoea 388),

varicella 11, trachoma 170, febris puerperalis 9, septicopyaemia 7 (3), scabies 14. Skliauteliuose pažymėti mirimai.

× **Vokietijoje 400.000 žmonių serga piktybiniais navikais,** pagal prof. Auler'io pranešimą kovai su vėžio liga institute. Vokietijoje per metus vėžio liga miršta apie 100.000 žmonių.

× **Patikrinta 1.500 mokytojų sveikata.** Neseniai pradžios mokslo departamento dir. M. Kviklys, Sveikatos departamento dir. dr. Mickus ir Draugijos kovai su tuberkulioze pirm. dr. K. Grinius buvo nuvažiavę į Dr. K. Griniaus vardo sanatoriją apžiūrėti, kaip vyksta mokytojų sveikatos patikrinimas, kurį veda plaučių ligų specialistas, sanatorijos vedėjas dr. J. Runkevičius. Draugijos kovai su tuberkulioze pirm. dr. K. Grinius sutiko leisti nemokamai pasinaudoti draugijos išlaikomos sanatorijos laboratorija ir rentgeno kabinetu, o sanatorijos vedėjas dr. J. Runkevičius sutiko paimti viso darbo naštą, negaudamas už tai jokio atlyginimo. Iš viso bus patikrinta 6.000 mokytojų. Tie apskričių mokytojai, kuriems patogiau atvažiuoti į Kauną, bus tikrinami sanatorijoje, o kitų apskričių mokytojų tikrinimas bus suskirstytas į rajonus (kur nuvyks dr. J. Runkevičius): Alytuje, Utenoje, Panevėžyje, Šiauliuose ir Telšiuose. Už padarytas faktinas kelionės išlaidas mokytojams apmoka Švietimo ministerija—tam reikalui bus išleista 100.000 litų. Sveikatos departamentas apmoka už rentgenogramas ir reagentus. Mokytojų sveikatos tikrinimas pradėtas 1939 m. vakario mėn. 21 d. Iki šiol patikrinta 1.500 mokytojų, iš kurių 100 rasta sergančių tbc. Daugiausia sergančių rasta Trakų apskrityje, toliau eina Kauno miestas.

× **Vėžys gydomas neutroniniais spinduliais,** kurie geriau veikia kaip radium. Netutroniniai spinduliai gaminami aparatu, vadinamu ciklotronu. Neutronai atrasti 1930 met.

× **Medus — vaistas.** Hamburgo Raud. Kryžiaus ligoninėje medus sumaišomas su kepenimis į košę, su kuria gydomos nudegusios vietos, šunvotės, odos sužeidimai ir t. t. Uostant medų palengvėjąs kvėpavimas, pvz., astmatikams.

× **Nemėje (Estijoje) atidaryta karinė tuberkuliozininkų sanatorija.** Yra 60 vietų. Statyba atsiėjo 250.000 kronų.

× **Ruošiami įstatymai kovai su tuberkulioze ir trachoma Lietuvoje.** Kova rūpinsis valstybė. Įstatymus ruošia Sveikatos departamentas.

× **Gaminamas serumas prieš gripą.** Prof. Smorodincev Maskvoje arkliams įšvirkščia gripo sukėlėjus ir tų arklių serumą vartoja gripui gydyti. Nuo šitokio serumo greičiau ir lengviau persergama.

× **Fu-tu-tenga žolė ilginanti amžių.** Kinijoje ir Ceilone auganti žolė „fu-tu-tenga", kuri vietinių gyventojų teigimu ilginanti amžių. Vienas kinietis, kuris nuolat valgydavęs šitą žolę, išgyvenęs 256 metus.

× **Pietinėje Afrikoje plinta miego liga.** („M. m. W." 1939 m. 9 nr.).

× **Rumunijoje keletas čigonų susirgo pasiutimo liga,** nes jie išsikasę ir valgę kiaulę, kurią ūkininkai užkasę ir pakasę, nes ji buvo pasiutusio šuns aprieta. Trys čigonai mirę, kiti nugabenti į Peuteur'o institutą. Susirgę po 8—10 dienų. („M. m. W." 1939 m. 7 nr.).

× **Olandijoje vasarinių pašto markučių pelno dalis paskirta kovai su tuberkulioze ir vėžiu.** („M. m. W." 1939 m. 7 nr.).

× **Pragoje š. m. vasario mėn. gripu sirgo 300.000** žmonių. („M. m. W." 1939 m. 6 nr.).

× **Olandijos Indijoje mažėja susirgimai raupsais,** vartojant Otten'o vakciną. 1934 m. nuo lepros mirę 7.637 žmonės, 1935 — 3.993, 1936 — 1.736, 1937—998. („M. m. W." 1939 m. 6 nr.)

× **Įstaigose uždrausta rūkyti.** Drezdeno burmistras 1939. II. 16. uždraudė įstaigose rūkyti. („M. m. W." 1939 m. 10 nr.).

× **Indijoje iš 1.000 naujagimių miršta 24,5,** o Anglijoje tik 3,8 (1936 m.). („M. m. W." 1939 m. 10 nr.).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJIS.

× **Mediciniškai.**

Marytė savo sužadėtiniui gydytojui tarė:

— Ar tu mane irgi mylėtum, jei aš kreivas kojas turėčiau?

— Mesk šalin tokias mintis, tuo atveju tavim susidomėtų koks nors patologijos specialistas.

× **Daugiau kaip įtikinamai.**

Pirkėjas (namų makleriui): — Taigi, tamsta tvirtini, kad šita vieta yra tokia sveika, jog niekas čia nesuserga?

Makleris: — Tikrai taip!

Pirkėjas: — Be to, tamsta tvirtini, kad čia visada galima nusipirkti iki soties daržovių ir kad pačiam jų kiek tik reikia galima išsiauginti, kad čia labai derlinga žemė?

Makleris: — Tikriausiai taip!

Pirkėjas: — Na, o kaip išaiškinsite tą dalyką, kad čia vakar vienas žmogus, sako, iš bado miręs?

Makleris: — Jis, mat, buvo gydytojas, ir jam tokioje sveikoje vietoje nebuvo kas veikti.

× **Pas gydytoją.**

Apsmukęs vyras kreipiasi į gydytoją:

— Pone gydytojau, padėk man! Prieš 15 metų aš esu prarijęs auksinį pinigą.

— Del Dievo! — tarė gydytojas. — Kodėl tiek ilgai laukei?

— Kad man tada pinigų nereikėjo, — atsakė ligonis.

× **Nereikalingas išlaidumas.**

Šotlandietis, patekęs į krautuvės prekių išpardavimą, pigiai pirkosi barometrą, kurį dovanojo motinai.

— Kam čia toks išlaidumas! — tarė pasipiktinusi motina.

— Mama, jis puikiai spėja gerą orą ir aš jį pusdykiai pirkau.

— O tu, eikvotojau! O tu, pinigų švaistytojau! Mums visai nereikalingas barometras! Kam gi Ponas Dievas leido tavo tėvui reumatą?

× **Dėkingas pacientas.**

Į gydytojo kabinetą skubiai įėjo lankytojas ir, kratydamas gydytojo ranką, šaukia:

— Daktare, kaip aš esu tamstai dėkingas! Aš tamstai daug esu skolingas!

— Atsiprašau, aš tamstą, rodos, pirmą kartą matau! Tamstos, rodos, aš niekada nebuvau gydęs, — stebisi gydytojas.

— Visiškai teisingai. Tačiau tamsta gydei mano ką tik mirusį turtingą dėdę, kuris paliko man didelį turtą.

× **Rūpestingas sūnus...**

Gydytojo žmona klausia sūnų:

— Ar meldiesi už mamytės ir tėvelio sveikatą?

— Taip, mamyte.

— O už visų kitų sveikatą?

— Ne, nes tėvelis neturėtų pacientų.

× **Jokio pavojaus.**

Žinomas profesorius jau du kartu per egzaminus išvertė negabų studentą mediką. Studentas turėjo teisę egzaminuotis dar 3-čią kartą. Prieš egzaminus savo draugų tarpe studentas pareiškė, kad, jeigu jis dar kartą būsiąs išverstas, tai įsismeigsiąs į širdį durklą.

Sužinojęs apie tai profesoriaus asistentas, apie studento grąsinimą įspėjo griežtą profesorių. Tačiau profesorius, ramiai pakraipęs galvą, tarė:

— Būkite ramūs! Jis taip menkai moka anatomiją, jog jokiu būdu nepataikys į širdį.

BEVITON

Ger-Ma-Po

Sudėtis: *Vitaminas B_1. Tabletėje yra 500, ampulėje po 1.000 ir 5.000 tarptautinių biologinių vienetų.*

Indikacijos: Nervų sistemos susirgimai: infekciniai, diabetiniai ir alkoholiniai neuritai. Ischias, tarpšonkaulinė ir trigeminus'o neuralgija.

Vartojimas: Po 1-2-6 tabletes kasdien; į paodį po 0,002—0,01, pareinamai nuo susirgimo sunkumo.

Įpokavimas: Stikliniuose vamzdeliuose 10 ar 20 tablečių po 0,001. Dėžutėse: a) Beviton I nr. 3 ampulės po 0,002.
b) Beviton II nr. 3 ampulės po 0,01.

Akc. B-vės „Varpas" spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.